

平成 25 年度  
老人保健事業推進費等補助金  
老人保健健康増進等事業

平成 25 年度

「介護支援専門員のスーパービジョン実践としての  
実習型研修の普及に向けての調査研究」報告書

平成 26 年(2014 年)3 月

一般社団法人 日本ケアマネジメント学会



はじめに

平成 12 年にスタートした介護保険制度は存続のための議論が盛んになってきました。特にその要である介護支援専門員の実践ならびに研修に対しては厳しい目が向けられています。

平成 20 年度から厚生労働省からの研究補助を受け、日本ケアマネジメント学会は「介護支援専門員に対するスーパービジョンのあり方に関する研究」に取り組んできました。

介護支援専門員の研修は法定化されていますが、その大部分は座学による知識の伝授であり、演習も仮想形式で行われています。介護支援専門員はその研修課程において **On the Job Training (OJT と略す)** の機会がほとんどなく、業務を通して技術を向上させることができにくい状況にありました。

本調査研究では、平成 23 年度から一事業所に留まらない広域で介護支援専門員のアドバイザーチームを組織し、**OJT** に近い形態での個別化された実習型研修として、「地域同行型実地研修」を開発しました。このプログラムの特徴は、実習形式 (**Interning**)、事業所を超えた (**Inter-Organizational**)、個別化された (**Individualized**)、相互研鑽 (**Inter-educational**) という「4 つの “I” (アイ)」であります。これらは従来型の法定研修には具備していない特徴です。

本年度は、本プログラムを平成 27 年度から研修体系に導入するための具体的な検討を進めました。当初は運営主体として市町村のみを想定していましたが、全国の自治体や運営実施団体に対するヒアリング時の意見を尊重して、都道府県を主体とするモデルを構築し、地域の実情に即して市町村モデルか都道府県モデルのいずれかを選択できるような体制を検討いたしました。また、受講者と指導者の適切なマッチングや研修講師の確保、余裕のある期間設定等の運営についても見直しました。

さらに指導者がスーパービジョン力の向上を図れるように事前研修の内容を拡充し、本番を想定した演習を実施するようにしました。また、指導者のスーパービジョン力を担保するために、本研修とは別のカリキュラムとして実施する研修として考案したピアスーパービジョン研修についても、その実効性を検証しました。

本研究にご協力いただいた皆様に心より感謝申し上げます。

これまでと同様に、研究スタッフは現場で奮闘している実践者であります。

本報告書の提言が主任介護支援専門員によるスーパービジョン技術の質向上を促し、介護支援専門員による業務の質の向上、介護保険の適切な運用、さらには利用者やその家族の生活の質の向上につながることを期待します。

日本ケアマネジメント学会 理事

介護支援専門員に対するスーパービジョンのあり方に関する研究委員会

委員長 前沢 政次

## 目次

---

---

はじめに	
第1章 調査の概要	1
1. 背景・目的	1
2. 調査の概要	1
1) 「地域同行型実地研修」にかかる実施体制の確立	2
2) 「地域同行型実地研修」の質の担保	2
3) 「地域同行型実地研修」カリキュラム及びツールの検証	3
4) ピアスーパービジョン研修の導入による主任介護支援専門員の質の担保	3
3. 昨年度調査の概要と成果	3
4. 調査研究の体制	4
1) 全体委員会	4
2) テキスト検討ワーキンググループ	5
第2章 「地域同行型実地研修」にかかる実施体制の確立	7
1. 実施体制	7
1) 地域同行型実地研修の特徴「4つのI（アイ）」	7
2) 地域同行型実地研修の概要	7
3) 対象	10
4) 運営体制	11
5) アドバイザーの質・量の確保	14
6) テキスト及び運営マニュアルと評価支援ツール	15
7) 実施スケジュール	16
8) 運営フロー	18
2. 検討の経過	19
1) 都道府県モデル運営体制の提示に至る経過	19
2) 法定研修運営自治体及び運営団体に対するヒアリングの実施	19
第3章 「地域同行型実地研修」の質の確保	25
1. テキスト及び運営マニュアルの改訂	25
1) プログラム運営事務局向け「運営マニュアル」の改訂	25
2) 受講者向けテキスト（「受講者テキスト」）の改訂	25



3) アドバイザー向けテキスト（アドバイザーテキスト）の改訂 .....	26
4) 様式類の改訂 .....	26
2. アドバイザー用スーパービジョン支援ツールと受講者用自己評価ツールの開発 ...	27
1) スーパービジョン支援ツールと自己評価ツールの目的と使用方法 .....	27
2) 各ツールの説明 .....	27
第4章 「地域同行型実地研修」カリキュラム及びツールの検証 .....	35
1. 研修講師候補を対象としたパイロット研修 .....	35
1) 概要と目的 .....	35
2) パイロット研修実施報告 .....	38
2. 昨年度実施のパイロット研修参加者に対する追跡調査 .....	41
第5章 ピアスーパービジョン研修の導入による主任介護支援専門員の質の担保 .....	63
1. 目的 .....	63
2. 介護支援専門員研修体系における位置づけ .....	63
3. カリキュラム .....	63
4. パイロット研修報告 .....	64
終章 今後に向けた提言 .....	69
1. 調査結果の総括 .....	69
2. 地域同行型実地研修及びピアスーパービジョン研修の制度化に向けた提言 .....	71
1) 地域同行型実地研修 .....	72
2) ピアスーパービジョン研修 .....	75
3. 今後の介護支援専門員人材の成長に向けて .....	76
参考資料 .....	79
1. アドバイザー事前研修ロールプレイシナリオと配布資料	
2. アンケート調査票	
1) アドバイザー1年後フォローアップアンケート	
2) 受講者向け1年後フォローアップアンケート	
3. 各種マニュアル	
1) 運営事務局向けマニュアル	
2) 受講者テキスト	
3) アドバイザーテキスト	



## 第1章 調査の概要

### 1. 背景・目的

日本ケアマネジメント学会では、超高齢社会の到来を背景とした良質なケアマネジメントに対するニーズの高まりを受けて、平成 20 年度より厚生労働省からの研究補助を得て、スーパービジョン手法による介護支援専門員の教育方法の体系化を進めてきた。

平成 22 年度に実施した調査によると、ほとんどの事業所で何らかの人材育成の取組みはなされているものの、少人数の事業所では人材育成基盤が弱く、十分な人材教育プログラムが実施されているとは言い難い状況であることが判明した。

これらの状況を踏まえ、平成 23 年度は短期実習プログラムを開発し、全国 4 地域において試行した。短期実習プログラムは、実際のアセスメント事例に基づく演習や同行により構成され、事業所を超えた形で、個別化された OJT に近い形態で実施されるプログラムである。

試行の結果、受講者のケアマネジメント技術の習得に効果があるとともに、アドバイザーのケアマネジメント技術及び教える力の習得に効果が見られた。さらに受講者にとっては、ロールモデル（目指す人材像）を獲得することができた。

平成 24 年度は短期実習プログラムの試行対象地域を全国 10 地域に拡大し、プログラム内容の検証及び受講者・アドバイザーに与える効果について、アンケートやヒアリング調査及びポートフォリオ評価を活用し、検証を行った。その結果、本プログラムに参加した受講者・アドバイザーからは高い評価を受け、プログラム前後の比較では、受講者及びアドバイザーのケアマネジメント業務への自信、アドバイザーのケアマネジメント指導に対する自信のいずれも向上した。さらに各地の運営事務局のほぼ全てから、本プログラムは有効との評価があった。

本年度は、各地域に本プログラムを実際に導入するための検討を進め、新たに都道府県が運営主体となるモデルを提唱するとともに、運営を円滑にするためのテキスト改訂やツール作成、及びそれらの検証を行った。さらに、本プログラムでアドバイザーを担うことになる主任介護支援専門員に対し、主任資格を取得する段階でバイジー・バイザーを体験させるための新プログラムを提唱し、その効果の検証を行った。

なお、本プログラムの名称は昨年度まで「短期実習プログラム」としていたが、介護支援専門員の人材育成を地域で支える試みとしての意味を込めて、本年度より、本プログラムを「地域同行型実地研修」と称するものとする。

### 2. 昨年度調査の概要と成果

昨年度（平成 24 年度）は、平成 23 年度に開発した短期実習プログラムを全国 10 地域で

試行実施し、プログラム内容の検証及び受講者・アドバイザーに与える効果について、アンケートやヒアリング調査及びポートフォリオ評価を活用し、検証を行った。

その結果、本プログラムに参加した受講者・アドバイザーからは高い評価を得た。本プログラムに対する受講者・アドバイザーの評価は「期待以上」「期待通り」の内容と 90%以上が回答し、これまでの OJT や研修に比べても優れていると答えた。

プログラム前後の比較では、受講者及びアドバイザーのケアマネジメント業務への自信、アドバイザーのケアマネジメント指導に対する自信のいずれも向上している。受講者からは有意義な研修であるとのコメントが寄せられ、アドバイザーにとっては自らの業務を客観的に振り返る機会及びスーパービジョン実践の機会になっていると感想があった。この結果から短期実習プログラムが介護支援専門員の能力向上に寄与することが示唆された。

さらに各地の運営事務局のほぼ全てから本プログラムは有効との評価があった。事業所を超えた研修形態が受講者・アドバイザーに適度な緊張感と積極性をもたらしている。運営事務局は本プログラムの継続を望んでおり、今後の普及に向けては受講者とアドバイザーの適切なマッチングや地域リーダー（アドバイザーを支援する役割）人材の確保、アドバイザーのスーパービジョン力の向上、マニュアル類の改善、及び余裕のある期間設定等の運営について、それぞれ課題を見出すことができた。

### 3. 調査の概要

#### 1) 「地域同行型実地研修」にかかる実施体制の確立

本プログラムにおいては、当初運営主体として市町村を想定していたが、人的余裕のない市町村では研修を担うことが難しいのではないかと、との内外からの意見を受け、全国の都道府県、市町村、および各地の運営実施団体に対するヒアリングを行った。その結果、より大規模な単位であり、現行の法定研修の運営主体である都道府県が運営主体となるモデルを構築し、実際の導入に当たっては、自治体ごとにいずれかのモデルを選択することが可能となるような仕組みを提言した。

また、平成 24 年度調査の中で課題として挙げた、受講者とアドバイザーの適切なマッチングや研修講師の確保、余裕のある期間設定等の運営についても見直しを行った。

#### 2) 「地域同行型実地研修」の質の担保

本年度は、平成 24 年度調査において課題として挙げた、アドバイザーのスーパービジョン力の向上及びマニュアル類等の改良について見直しを行った。アドバイザーに対しては、同行研修の約 1 カ月前に実施する事前研修の内容を充実させた。事前研修では本番を想定したロールプレイを視聴することで実際のアセスメント確認や同行について理解を高

めるとともに、スーパービジョンの基礎を確認するプログラムを導入した。また、マニュアル類については内容の充実を図るとともに、アドバイザーのスーパーバイズと受講者の自己評価を支援するため、新たに「サービス担当者会議」と「同行訪問モニタリング」の各状況で活用できる評価ツールを作成し、既に導入していた「アセスメント確認ツール」と併せて「スーパービジョン支援ツール」としてテキストに添付した。

### **3) 「地域同行型実地研修」カリキュラム及びツールの検証**

前項で述べたアドバイザー事前研修及びスーパービジョン支援ツールの有効性を検証するために、研修講師候補 8 名を招へいして平成 26 年 1 月にパイロット研修を行った。研修参加者に対するヒアリングの結果、本研修及びツールについて高評価を得た。

また、OJT 研修自体の効果測定として、平成 24 年度調査参加者に対して平成 25 年 9 月から 10 月にかけて郵送による追跡調査を行った。研修終了後も自身や事業所内で OJT を続けていた場合には、ケアマネジメントに関するいくつかの項目で、有意に自信が向上していることが示された。

### **4) ピアスーパービジョン研修の導入による主任介護支援専門員の質の担保**

アドバイザーのスーパービジョン力担保の検討を進める中で、本来であれば主任介護支援専門員の資格を取得する前の段階で既にスーパービジョンを受けた体験（バイジー体験）があるべきところ、バイジー体験のない主任介護支援専門員が多く存在することが指摘された。そこで、介護支援専門員のスーパービジョン力を伸ばすための追加プログラムとしてピアスーパービジョン研修を作成し、その有効性検証のため、研修講師候補 8 名を招へいして平成 26 年 1 月にパイロット研修を行った。

#### 4. 調査研究の体制

##### 1) 全体委員会

【第1回】 平成25年8月9日(金) 16:30~18:30

場 所: 浜松町貿易センタービル 3階 Room C

【第2回】 平成25年12月20日(金) 10:30~12:30

場 所: 東京国際フォーラム ガラス棟4階 G504会議室

【第3回】 平成26年2月14日(金) 17:00~19:00

場 所: 品川AP 10階 Cルーム

図表 1 委員会委員一覧

役職	氏名	所属・役職
委員長	前沢 政次	日本ケアマネジメント学会 理事 京極町国民健康保険診療所 所長
部会長	白澤 政和	日本ケアマネジメント学会 理事長 桜美林大学大学院 教授
委員	伊藤 重夫	東京都多摩市健康福祉部高齢支援課 課長
	奥田 亜由子	日本ケアマネジメント学会 理事 認定ケアマネジャーの会 副会長
	辻 敏子	島原市地域包括支援センター
	白木 裕子	日本ケアマネジメント学会 理事 株式会社フジケア 取締役副社長
	原田 重樹	日本介護支援専門員協会 副会長
	鈴木 豊	岩手県保健福祉部長寿社会課 総括課長
	福富 昌城	花園大学 社会福祉学部 社会福祉学科 教授
	山田 圭子	公益財団法人老年病研究所 前橋市地域包括支援センター 西部
	吉江 悟	東京大学高齢社会総合研究機構 特任研究員(平成26年1月31日まで) 東京大学医学部在宅医療学拠点 特任助教(平成26年2月1

		日より)
オブザーバー	井上 宏	厚生労働省老健局振興課 課長補佐
	鈴木 貴士	厚生労働省老健局振興課 人材研修係長

## 2) テキスト検討ワーキンググループ

【全1回】 平成25年9月14日(土) 13:00~15:30

場 所: 日本ケアマネジメント学会内(四ツ谷)

図表2 ワーキンググループメンバー一覧

役職	氏名	所属・役職
委員	奥田 亜由子	日本ケアマネジメント学会 理事 認定ケアマネジャーの会 副会長
	白木 裕子	日本ケアマネジメント学会 理事 株式会社フジケア 取締役副社長
	福富 昌城	花園大学 社会福祉学部 社会福祉学科 教授
	山田 圭子	公益財団法人老年病研究所 前橋市地域包括支援センター 西部



第1回全体委員会の様子



第2回全体委員会の様子



第3回全体委員会の様子





## 第2章 「地域同行型実地研修」にかかる実施体制の確立

### 1. 実施体制

#### 1) 地域同行型実地研修の特徴「4つのI(アイ)」

従来の法定研修が知識の習得を目的とした座学中心で一時的な研修であるのに対し、地域同行型実地研修は「実習形式」、「事業所を超えた」、「個別化された」、「相互研さん」を特徴としている。この4点を「4つのI(アイ)」としてプログラムのコンセプトとした。

- ① 実習形式 (Interning) : 現行の法定カリキュラムに存在しない実習プログラムを提供することにより、実践的知識・技術を補完する。
- ② 事業所を超えた (Inter-organizational) : 概して事業規模が零細であり、事業所内部の教育資源に乏しい居宅介護支援事業所に対して、本プログラムを通じて事業所間の教育交流を促し、現任介護支援専門員に対する教育効率を向上させる。
- ③ 個別化された (Individualized) : プログラムの基本的な枠組みについては汎用的なものを提示しつつ、扱うケースの特性等に応じて構成する。新任者のみならず、医療等の特定領域に苦手意識を持つ経験者層の教育ニーズにも対応する。
- ④ 相互研さん (Inter-educational) : 現状として居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員の多くは、アドバイザーとしての役割を担う機会を持たないことが多く、指導することに慣れていない実態がある。そこで、当面の措置として、受講者のみならずアドバイザーに対する教育的効果もプログラムの目的の1つとする。

#### 2) 地域同行型実地研修の概要

地域同行型実地研修の標準構成は、アドバイザー事前研修／初日全体研修／実習 4回／最終日全体研修とした。

##### (1) アドバイザー事前研修

アドバイザー事前研修では、アドバイザーが、本番の同行を想定して、スーパーバイズ場面のロールプレイを外部観察者として評価することにより、自身のスーパーバイズの癖や傾向を客観的に把握し、本番で適切なアドバイスを行えるようにすることを目的としている。

アドバイザーは、地域同行型実地研修において主任介護支援専門員が介護支援専門員に対してスーパーバイズを行う様子のDVDを視聴し、コメントを相互に述べる形式で研修を実施する。

## **(2) 初日全体研修**

初日全体研修は、マッチングされたアドバイザーと受講者がペアになり、受講者が提出する事例をもとにしたアセスメント確認演習を実施する。また、アドバイザー、受講者ともに研修目標を設定する。

アセスメント確認演習の目的は、受講者のケアマネジメントプロセスを具体的な事例をもとに確認することである。受講者とアドバイザーが、事例のアセスメントとケアプランを客観的に再確認することにより、受講者のケアマネジメントプロセスを見直していく。アドバイザーの指導の視点を共通化するために、「アセスメント確認用紙」を様式として設け、アセスメント内容がケアプランに反映できているか、またケアプランの根拠となるアセスメントが適切になされているかを確認できるようにしている。

## **(3) 個別同行実習**

個別実習では、各ペアに分かれて、アドバイザー・受講者それぞれの担当者会議・モニタリング訪問への同行を行う。各地域のニーズに沿ってオプションメニューを追加することもできることとし、医療連携特化型のオプションとして訪問診療等への同行も可能とした。

担当者会議への同行実習の目的は、受講者が担当者会議のファシリテート、調整、会議録作成が適切にできることである。またモニタリングへの同行実習の目的はモニタリングの進め方、事後調整の在り方を学ぶことである。

## **(4) 最終日全体研修**

最終日全体研修は、それまでの実習を振り返り、学んだことを受講者が最終日に皆の前でプレゼンテーションを行い、アドバイザーや他の受講者、地域リーダーと共に研修の振り返りを行う。

プレゼンテーションの目的は、研修で得た気づきの共有及び受講者のプレゼンテーション力の向上である。

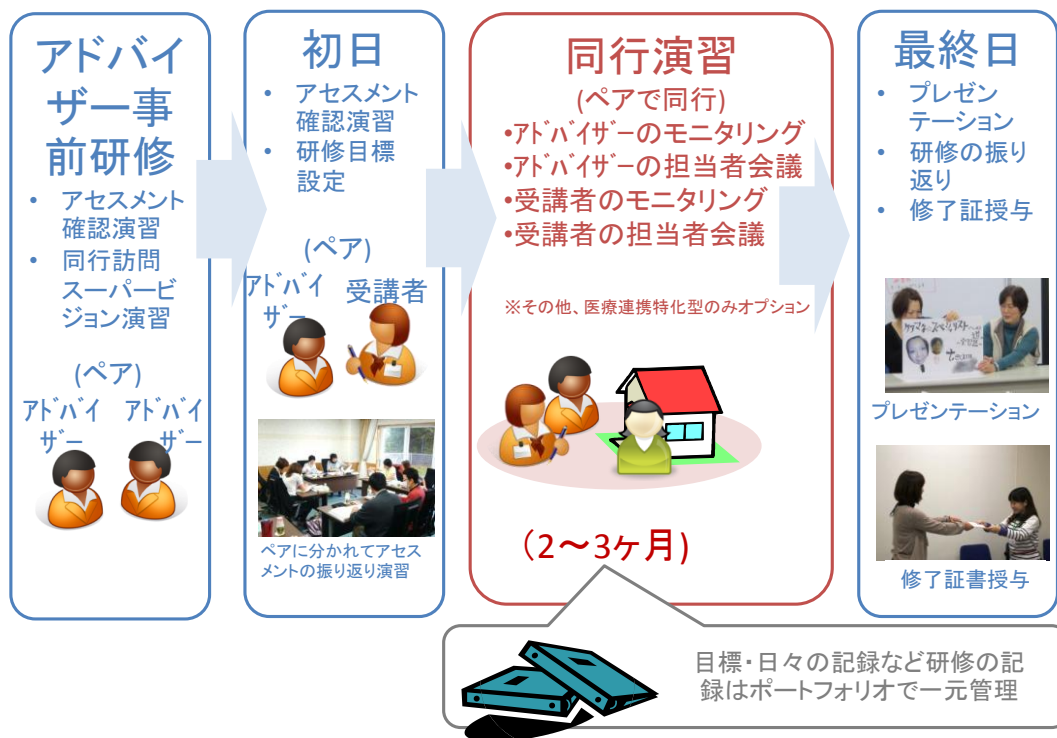
本プログラムは、昨年度の効果と課題を踏まえてプログラム内容や運営方法を改善している。昨年度と比較したプログラムの主な改良点は、以下の通りである。

- ・ アドバイザーの指導スキルの平準化
  - アドバイザーの後方支援の位置付けとして、研修講師に加えて「ファシリテータ

- 一」を新設。
- アドバイザー説明会をさらに発展させ、スーパービジョンについてのイメージ構築と復習を兼ねた事前研修を実施
- 従来のアセスメント確認用紙に加え、同行訪問モニタリングツールとサービス担当者会議評価ツールを提供し、スーパービジョンを支援するとともに、指導内容の質の平準化を実現
- ・ 運営の効率化
  - 前年度までアドバイザーは受講者テキストとアドバイザーの手引きの2冊を読む必要があったが、1冊にまとめ、簡略化

図表3 「地域同行型実地研修」概要

## 「地域同行型実地研修」概要



### 3) 対象

- ・ アドバイザー

- ◇ 主任介護支援専門員。主任介護支援専門員更新研修施行後は、同更新研修の受講予定者。
- ◇ アドバイザーとしての実習プログラム参加を、主任介護支援専門員の資格更新要件の一つとする。

(理由) 主任介護支援専門員は、他の介護支援専門員に対する助言・指導を行う立場であり、ある程度の実務を経て人材育成に対する課題意識を持ち始める層であるため。本研修は主任介護支援専門員養成研修におけるスーパービジョンの講義の実践の場となる。

また、資格更新要件の一つとすることにより、単なる実務経験 5 年以上の要件では、主任介護支援専門員の実務能力のばらつきが大きい、実習を重ねることで主任介護支援専門員全般の質の平準化に繋がる。

- ・ 受講者

- ◇ 主任介護支援専門員研修受講前の介護支援専門員。
- ◇ 実践の中で業務に就いて 1 年程度が経過し、介護支援専門員の専門職としての業務に対する課題意識を持ち始める層が望ましい。
- ◇ 受講者としての実習プログラム参加を、主任介護支援専門員の資格取得要件の一つとする。

(理由) 業務に就いて 1 年程度が経過した介護支援専門員は、平成 24 年度アンケート調査においても最も OJT が必要な時期とされた基礎研修修了者にもっとも近い層であるため。

バイザー（受講者）としての経験を積んだケアマネジャーがバイザーになることで、次世代の人材育成へと循環させることができる。

- ・ 実習協力施設

- ◇ 主任介護支援専門員が在籍する特定加算事業所には地域のケアマネジャー育成の義務を課す。特定加算事業所は、実習協力施設として、主任介護支援専門員の実習プログラム参加を支援する。
- ◇ 特定加算取得事業所の加算は、実習協力の対価として明確に位置付ける
- ◇ その他実習協力施設についても、地域ケアの質の向上に対して貢献した施設として、施設名を公表する（例：自治体のホームページ上に施設名を表示）
- ◇ 本研修に参加した職員が OJT やスーパーバイズのノウハウを事業所に導入することにより、事業所内の人材育成に大きく寄与することが期待できる。

## 4) 運営体制

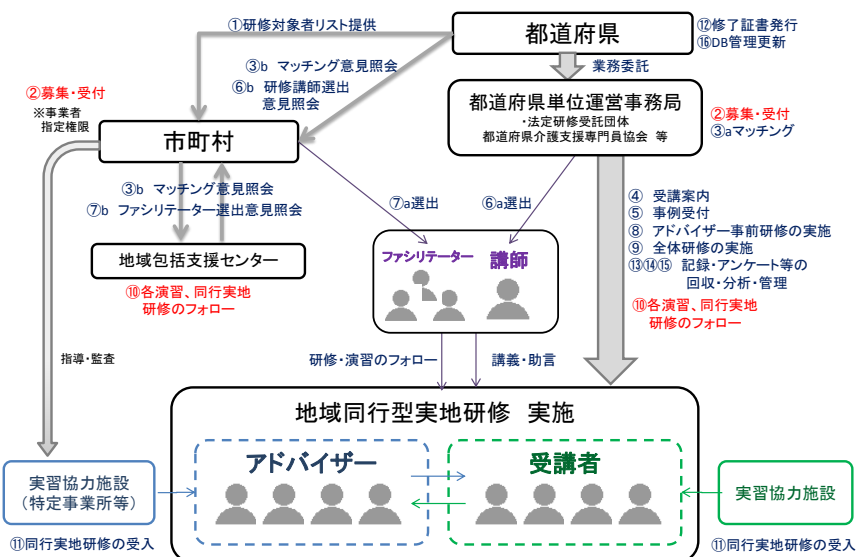
### ① 事務局体制

平成 24 年度調査事業において検証した、市町村を基本単位とするモデルに加え、都道府県を基本単位として各市町村をサポートするモデルを提唱する。平成 27 年度に研修を任意導入するに当たっては、各自治体が自身の体力に応じていずれかのモデルを選択することを想定している。

### I 都道府県モデル

- 都道府県を基本単位とし、都道府県がそれぞれ運営事務局に研修事業を委託して研修を実施する。運営事務局は、現行の法定研修の運営主体（地域の職能団体等）とする。
- 実施に当たっては、市町村および地域包括支援センターの運営協力を得る。参加者の募集・受付や各演習・同行実地研修のフォローについては、市町村と地域包括支援センターが業務を行うことにより、市町村の保険者機能強化と地域包括支援センターの本来機能の回復と強化を図る。
- 市町村の協力が困難な場合は、数自治体が協働して運営を行ったり、運営事務局がこれらの業務を担当することも可能とする。その他詳細な役割分担については、各市町村と都道府県の協議により決定するものとする。

図表 4 都道府県モデル実施体制図



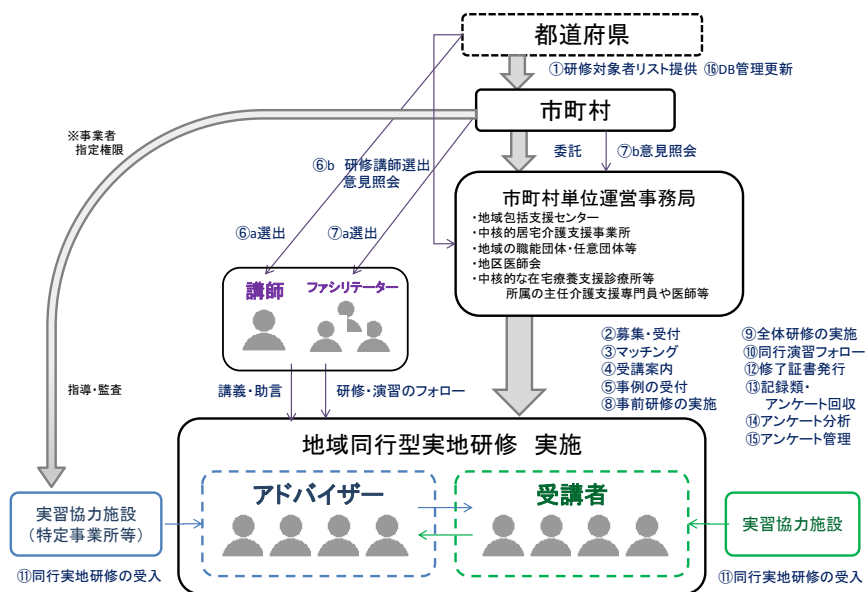
### II 市町村モデル（平成 24 年度パイロット研修実施モデルを改訂）

- 市町村を基本単位とし、市町村がそれぞれ運営事務局に研修事業を委託して研修を実施する。運営事務局は、地域包括支援センター、地域の中核的な居宅介護支援事業所、

地域で組織されている介護支援専門員の職能団体や任意団体、地域の中核的な医療機関等の所属者により構成される。

- ・ 本モデルを選択する場合、市町村の保険者機能強化と地域包括支援センターの本来機能の回復と強化は都道府県モデルを上回る。
- ・ 一市町村による単独実施が困難な場合は、数自治体が協働して運営を行うことも可能とする。

図表 5 市町村モデル実施体制図



図表 6 役割分担表

	図中 No.	主たる業務	I 都道府県モデル				II 市町村モデル					
			都道府県	市町村	事業所	特定	非特定	都道府県	市町村	事業所	特定	非特定
事前準備	①	主任ケアマネ・基礎研修修了者の名簿を市町村に提供	○					○				
	②	募集・受付		○	○				○			(照会先)
	③a	アドバイザー・受講者のマッチング										
	③b	意見照会 ⇒ 質・数の調整								○		
	④	受講案内								○		
選出	⑤	事例の受付								○		
	⑥a	研修講師の選出							○			
	⑥b	意見照会										
	⑦a	ファシリテーターの選出								○		
運営	⑦b	意見照会										
	⑧	アドバイザー事前研修の実施								○		
	⑨	初日研修・最終日研修の実施 (日程調整・会場設定・講師依頼)									○	
	⑩	各演習、同行実地研修のフォロー									○	
	⑪	同行実地研修の受け入れ										○ ○
	⑫	修了証書を発行										○ ○
	⑬	記録書類・アンケートの回収										○ ○
	⑭	アンケートの分析										○ ○
終了後管理	⑮	アンケートの管理										○ ○
	⑯	地域のケアマネ・主任ケアマネ・事業所情報(受講履歴含む)DBの更新管理	○									○ ○

## ②地域包括支援センターの役割

地域包括支援センターは地域のケアマネジャーを育成する役割を担うものの、限られた人員で介護予防や地域ケア会議等業務を要求され、業務量がひっ迫している状況である。さらに、地域包括支援センターに所属する人材の地域間格差が大きく、ケアマネジャーを組織的に指導ができており、包括支援センターの人材育成にも熱心な地域がある一方で、人材育成の機会が少なくケアマネジメントの実践経験にも乏しいため、指導可能なレベルに達していない地域も存在する。

そのため、地域包括支援センターの役割については、運営主体の裁量で決定できる仕組みとしている。

## ③対象者の選定及びマッチング手順

- ・ 都道府県が委託先の運営事務局及び市町村に対して主任介護支援専門員名簿、実務者基礎研修修了者名簿を提出する。
- ・ 運営事務局は、名簿に基づき、地域内の主任介護支援専門員及び実務者基礎研修修了者に対して募集と受付を行う。
- ・ 市町村が募集・受付担当の場合は、案内送付先の選定及び応募要件の設定についても市町村が裁量をもって実施することができる。受付終了後、市町村における審査を通過した応募者のリストを運営事務局に提出する。
- ・ 運営事務局は、参加希望者について、受講者及びアドバイザーの所属する事業所の所在地を勘案しつつ、一定の基準に基づいて数の調整とマッチングを行い、市町村に選抜結果とマッチング結果を連絡する。

➤ 基準項目（案）：①参加者の所属事業所の規模（小規模と大規模）

例：2人以下と3人以上）

②参加者の職種（医療系と福祉系、等）

※スーパービジョンの教育的機能・支持的機能の醸成のためには、所属事業所とは異なる事業所の者同士のペアリングが望ましい。

※事業所の種類（施設同士・居宅同士で組ませるか、異種業種間で組ませるか）については、都道府県もしくは市町村の裁量に任せるものとする。

※年齢、経験年数、相性については考慮しない。

※エクセルツール等を用いて機械的にマッチングすることを想定。

- ・ 市町村は、マッチング結果について、地域包括支援センターの協力を仰ぎつつ確認と調整を行い、運営事務局に調整結果を連絡する。

#### ④費用負担

- ・実習協力施設：特定加算事業所には実習受け入れへの協力を義務付けるほか、実習協力をした施設については、地域ケアの質の向上に対して貢献した施設として、公表する（例：自治体のホームページ上に施設名を掲示）。
  - ・運営事務局：委託料の中から、講師代、ファシリテーターへの謝金、会場費、印刷費、通信費、事務経費、受講者の保険料を負担
- ※参加者（アドバイザー・受講者）の受講料は各運営主体が設定  
※交通費は参加者（アドバイザー・受講者）負担

### 5) アドバイザーの質・量の確保

#### ①アドバイザー事前研修

- ・アドバイザーに対して事前研修を実施する。スーパービジョンの考え方及び地域同行型実地研修の指導ツールの使い方等を講義する。さらに指導ロールプレイ DVD を用いて、演習時のアドバイス方法を学ぶ。

#### ②研修講師の設置

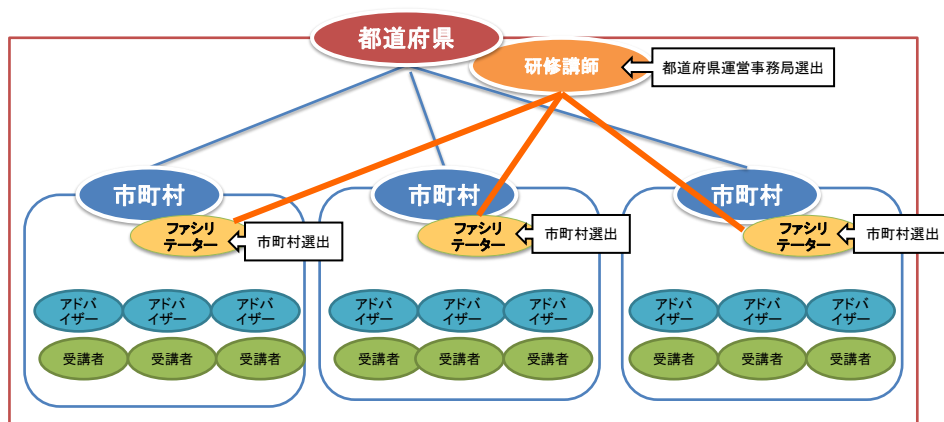
- ・各都道府県に研修講師を 1 名程度配置する。業務内容は①事前オリエンテーション講師、②初日及び最終日研修講師、③アドバイザーの育成と指導である。
- ・研修講師の選出方法：都道府県内の事業所に勤務し、実務経験・講師経験について十分に要件を満たす者の中から、運営事務局が選出を行う。

#### ③ファシリテーターの設置

- ・各市町村にファシリテーターを 1 名程度配置する。業務内容は①アドバイザーの育成と指導、②アドバイザーと受講者間の関係調整である。
- ・ファシリテーターの選出方法：市町村内の地域包括支援センターに勤務し、実務経験・講師経験について十分に要件を満たす者の中から、市町村が選出を行う。市町村内に要件を満たす者が少ない場合は、複数市町村合同で 1 名を配置することも可能とする。



図表7 研修講師・ファシリテーター体制図



## 6) テキスト及び運営マニュアルと評価支援ツール

- ・運営事務局に対しては運営マニュアル、受講者・アドバイザーに対してはテキストを準備する。また研修評価ツールとしてアンケート・記録用紙を提供する。

地域同行型実地研修運営マニュアル

地域同行型実地研修アドバイザーテキスト

地域同行型実地研修受講者テキスト

- ・アドバイザーには、受講者に対する指導を支援するためのツールとして、各場面に対応したスーパービジョン支援ツールを提供する。

アセスメント確認用紙（アドバイザー用）

サービス担当者会議評価ツール（アドバイザー用）

同行訪問モニタリングツール（アドバイザー用）

- ・受講者には、自己評価を支援するためのツールとして、各場面に対応した自己評価ツールを提供する。

アセスメント確認用紙（受講者用）

サービス担当者会議評価ツール（受講者用）

同行訪問モニタリングツール（受講者用）

## 7) 実施スケジュール

標準的な実施スケジュールは、事前準備を約 60 日、実施期間（初日全体研修～最終日全体研修）を約 2～3 カ月とした（図表 8）。

図表 8 実施スケジュール

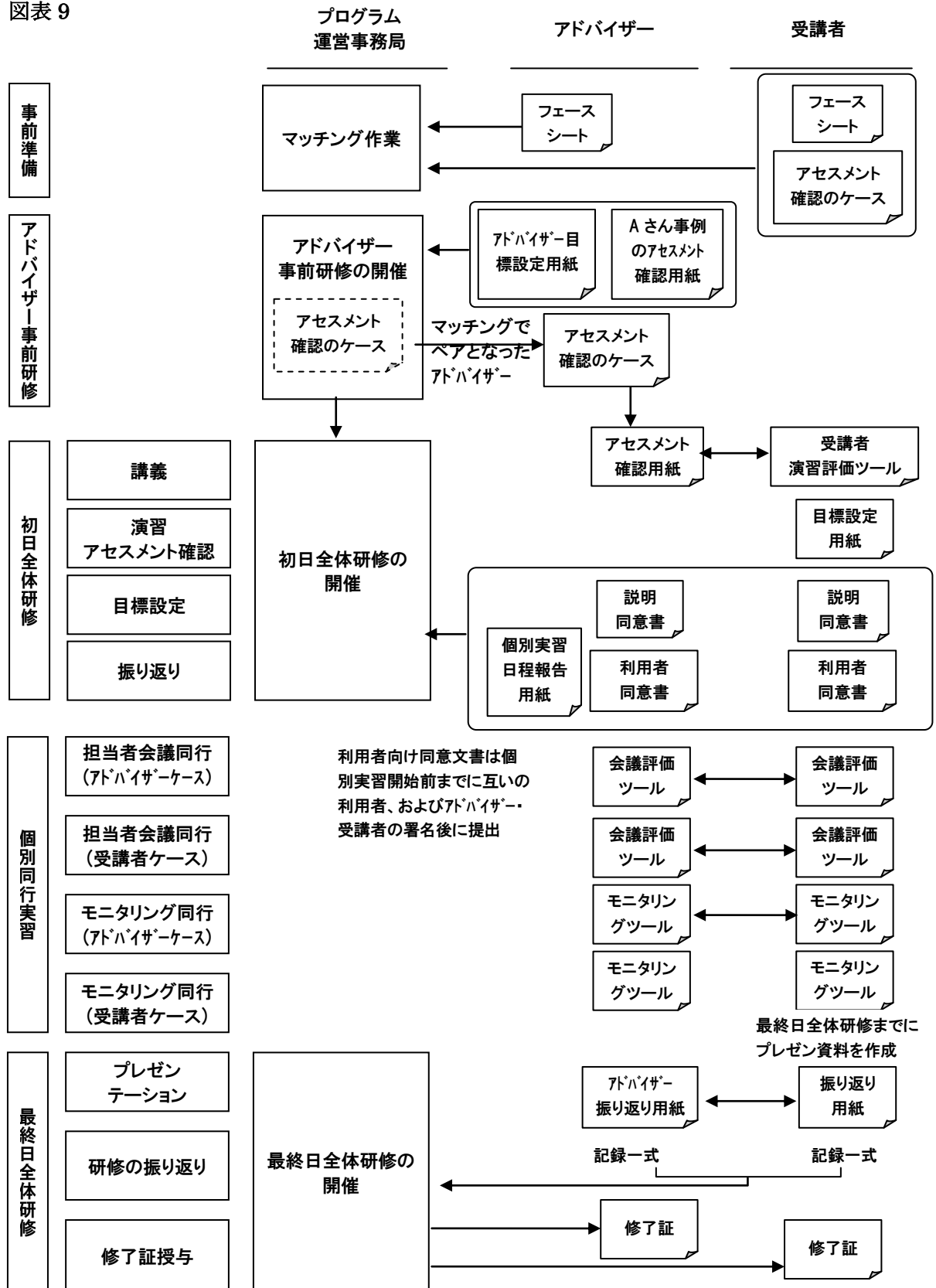
日程	実施内容	詳細	場所	時間
60 日前	募集・受付	<ul style="list-style-type: none"> <li>実習協力施設を募集。</li> <li>実習協力施設からアドバイザー候補の推薦を受けて決定。</li> <li>受講者の募集を開始し、申し込みを受け付ける。</li> </ul>	—	—
30 日前	受講案内と事例提出	<ul style="list-style-type: none"> <li>アドバイザー・受講者に研修資料を送付する。</li> <li>アドバイザーはフェースシートを運営事務局に提出し、テキストの「A さん事例」を用いてアセスメント確認を行い、事前研修に備える。</li> <li>受講者はフェースシートと困っているケース 1 事例の記録（個人情報削除済み；2 部）を運営事務局に提出する。</li> <li>運営事務局はフェースシートをもとに、アドバイザーと受講者のペアを作る。</li> </ul>	—	—
30 日前 ～開始	アドバイザー事前研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>アドバイザーを対象に事前研修を開催し、アセスメント確認の方法や実習での指導法等について、認識を共有する。</li> <li>経験と評価に基づいて県単位で選出された主任介護支援専門員が講師を務める。</li> <li>アドバイザーとしての研修目標を設定する。</li> <li>アドバイザーはペアとなる受講者が提出したケースを事務局から受け取る。</li> </ul>	研修会場	4
	研修準備	<ul style="list-style-type: none"> <li>アドバイザーは、初日までに受講者提出ケースのアセスメント確認を行う。</li> <li>受講者は「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム 実施テキスト」を読み、研修内容を理解する。</li> </ul>	—	—
開始	初日全体研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>研修趣旨説明</li> <li>講義：ケアマネジメント業務の考え方と進め方（研修講師；DVD）</li> <li>演習：提出ケースを用いたアセスメント確認</li> <li>研修目標設定：「目標設定用紙」を使用してアドバイザーと相談しながら目標を設定し、個別実習の日程調整を行う。</li> </ul> <p>※アドバイザーと受講者はそれぞれ同行利用者を選定し、個別実習の前までに同意を取得する。利用者又は家族の署名した同意文書は、アドバイザー・受講者向けの同意文書と共にプログラム運営事務局に提出する。</p> <p>※あわせて個別実習日程報告用紙にも所定事項を記入の上、同事務局に提出する。</p>	研修会場	3
2～3ヶ月	個別同行実習	※順不同 ※基本的には、以下の個別実習を半日×4 回行う。		
		サービス担当者会議（アドバイザー担当ケース）	実習協力施設	3
		同行訪問モニタリング（アドバイザー担当ケース）	利用者宅	3

日程	実施内容	詳細	場所	時間
		サービス担当者会議(受講者担当ケース)	受講者所属事業所	3
		同行訪問モニタリング(受講者担当ケース・提出事例)	利用者宅	3
	最終日全体研修準備			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>最終日のプレゼンテーションに向けて、受講者は資料を作成し、アドバイザーは随時助言する。</li> </ul>	—	—
最終日	最終日全体研修			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>プレゼンテーション:各受講者が期間中に扱った 1 事例を選び、研修で得た気付きや学びをまとめて発表し、質疑応答を行う。</li> <li>振り返り:各受講者の研修での体験内容・できたこと・できなかったこと・感情・今後の抱負を全体で共有する。</li> <li>修了証授与</li> </ul>	研修会場	4

## 8) 運営フロー

プログラム運営事務局とアドバイザー、受講者の運営の流れを図示した。

図表 9



## 2. 検討の経過

### 1) 都道府県モデル運営体制の提示に至る経過

本年度（平成 25 年度）は、本プログラムを平成 27 年度から研修体系に導入するための具体的な検討を進めた。前年度までは運営主体として市町村のみを想定していたが、全国の自治体や運営実施団体に対するヒアリングにおける意見を反映して、都道府県を主体とするモデルを構築し、地域の実情に即して市町村モデルか都道府県モデルのいずれかを選択できるような体制に発展させた。

### 2) 法定研修運営自治体及び運営団体に対するヒアリングの実施

市町村による研修の運営がどの程度困難か、また、その原因と対応策について知るため、全国から 3 県、4 市、および各地の運営実施団体 4 団体に対してヒアリングを行った。

OJT 研修の必要性については自治体・団体を問わず認識しているが、自治体の規模や人的資源の余裕によって、運営に対する積極性にばらつきがみられた。また、どのヒアリング先も、導入に当たっては研修の法定化を強く希望している。

■実施期間	平成 25 年 8 月 20 日から同年 12 月 4 日まで
■対象	北海道社会福祉協議会（12 月 4 日）、岩手県（8 月 20 日）、群馬県・前橋市（11 月 8 日）、多摩市（9 月 25 日）、八王子市（9 月 25 日）、東京都介護支援専門員協会事務局（8 月 29 日）、徳島県（11 月 6 日）、北九州市（10 月頃）、佐賀県社会福祉協議会局長及び研修担当者（10 月 29 日）、長崎県介護支援専門員連絡協議会（10 月 25 日）

#### (1) 各対象のヒアリング要旨

いずれの自治体・団体も導入には積極的だが、法的根拠を持って導入すべきとの意見が大勢を占めた。

- ・市町村に無理のない形が必要である。（A 県）
- ・地域包括や市町村の実務負担に対する懸念がある。市町村を体制に入れるならば、要綱ではなく、法的根拠を以て目的と役割を示してほしい。（B 県）
- ・法定研修に組み込んで強制力をもって導入してほしい。（C 県）
- ・市町村は保険者機能強化の一環としてケアマネジメントの質向上に本来関わるべきである。（D 市）
- ・導入に前向き。運営について 2 提案。（E 市）
- ・指定権限も委譲されているし、政令指定都市として唯一の直営の包括支援センターとして、ぜひとも実施ができるよう取り組みたい（F 市）

- ・市町村主体が現実的だが、法的根拠が必要。(H 協会)
- ・実地型研修の意義は大きい。実現には位置付けを明確にすることが重要である。(I 団体)
- ・導入に前向き (K 団体)

## (2) OJT の意義について

介護支援専門員のスキルアップと、主任介護支援専門員の自覚向上のため、どの自治体、団体も OJT の導入については前向きな意見を寄せた。

## (3) 運営体制・事務局体制について

市町村と都道府県のいずれが運営主体になるべきかについては、各自治体の体力的余裕によって意見が割れた。

- ・多くの市町村は人員・ノウハウ不足であるため、単独で運営を担うのは困難である。地域包括支援センターは一定のリーダー的役割を担う位置づけではあるが現在の人員体制では困難なため、人の補強など相応の支援が必要である。(A 県)
- ・市町村には運営負担がかからないようにしてほしい。指定権限移譲だけでも負担になっている。特に募集とアンケートに関連する業務は負担になると思われる。(B 県)
- ・指定団体ならば実施可能だが、市町村には関心を持ってもらいたいが、実施は難しい。力量に差がある。(C 県)
- ・市町村と包括が地域の実情に合わせて役割分担を行うとよい。(C 県)
- ・アドバイザーの推薦、募集、同行演習のフォロー等は市町村で担ってはどうか。マッチング、初日・最終日研修は都道府県の運営団体が担う。市町村が担う業務は、要綱等でルール化しておいた方がよい。(D 市)
- ・E 市(県庁所在地)は市単位で実施可能だが、他の自治体は、数自治体単位で実施する方が容易だと思う。地域包括の本来役割を機能させるよい機会だと思う。(E 市)
- ・県と市の役割について明確にする必要がある。本市の規模であれば可能だが、他市では難しいのでは。(F 市)
- ・国に明確な位置づけをしてもらいたい。特定事業者加算取得などの条件も制度的な整理をしてもらうことで実施が可能となる。(F 市)
- ・市としては、会場の準備・マッチングなどの役割を担うことは可能である。(F 市)
- ・市町村で初日と最終日研修、包括が同行研修の調整にあたる。(H 協会)
- ・市町村、地域包括支援センターは業務負担が大きいと多くの機能は期待しにくい。(I 団体)
- ・ファシリテーター選出等に市町村の協力を得るためには、推進組織を設けた方がよい。(I 団体)

- ・実務研修は都道府県社協、専門研修は財団、主任ケアマネ研修は都道府県直轄で実施している。(I 団体)
- ・複数自治体をブロックに集約して開催すれば、小規模自治体も対応できる。(I 団体)
- ・市町村は人材育成に対する意識と力量が不足している。県から協会への委託が最も望ましい。(J 団体)
- ・運営の実施責任は県として、実習の実施フィールドは市町村が良い。(K 団体)
- ・地域リーダーに加え、市町村単位のアドバイザーも設定し、市町村の担当と実施団体も併せた合議で準備・報告・調整を行うことにより、市町村の格差是正が可能。(K 団体)

#### (4) 研修の対象について

主任介護支援専門員養成研修の受講要件、もしくは受講候補の推薦要件として、本研修におけるアドバイザー体験を要綱に盛り込んでほしいとの意見が多かった。  
また、研修の前提条件として、現在の主任介護支援専門員の名簿、人数、力量を調査すべきとの意見も多く聞かれた。

##### 【受講の法定化・強制化】

- ・OJT のアドバイザーを主任ケアマネの受講要件にしてほしい。(C 県、K 団体)
- ・主任候補の推薦要件として「研修講師を務めることで指導者としての役割を担う」ことを要項に盛り込むと強制力が生じる。(H 協会)
- ・保険者機能が強化されることを考慮すると、本研修を活用してケアマネの DB 化を進めてもよいのではないか。主任ケアマネの推薦要件に本研修を盛り込んでほしい。(D 市)
- ・自由参加となると手を挙げるケアマネジャーがどれぐらいいるのか疑問。参加の必須化・制度化を国で検討してもらいたい。(F 市)
- ・法的強制力とメリットがなければ、受け入れ事業所が見つけにくいと思う。(H 協会)

##### 【アドバイザーの名簿・総数・力量について】

- ・主任ケアマネの力量を把握する必要がある。(C 県)
- ・主任ケアマネの力量が一番の懸念。(J 団体)
- ・ケアマネ、主任ケアマネの名簿を市町村に渡すことについて、個人情報漏えい防止の観点から疑問があった。県では正確なリストを把握していない。(B 県)
- ・名簿が把握できていない。(H 協会)
- ・アドバイザーの負担が重くならないよう、対象者数の試算が早急に必要。(E 市)
- ・アドバイザーの数は確保できると思う。(H 協会)

##### 【受講者について】

- ・受講者は基礎研修後早期の受講が望ましい。(H 協会)
- ・受講生が一番熱心な時期の基礎研修受講生としてほしい。(J 団体)
- ・基礎研修が適切だが、基礎研修の必須化が必要。

## (5) 選定とマッチングについて

マッチング業務の実施主体については、全体の運営主体についての意見と同様、大きくばらついた。

### 【マッチング業務の実施主体】

- ・マッチング業務については県社協がこれまでの実績と同様のフローで実施可能。(B 県)
- ・県協会でのマッチング実施が望ましい。研修講師とファシリと協会の協議での実施も可能。(J 団体)
- ・複数自治体をまたがるブロックごとにマッチングを行えば、マッチングは可能と思われる。(I 団体)
- ・マッチングは都道府県が行い、包括が調整を行うかたちが妥当だと思う。(E 市)
- ・市で担える。機械的なマッチングが良い。(F 市)
- ・保険者がマッチングを受託し、実際には包括が行う。(H 協会)
- ・包括などがマッチングの協力を行うことも可能だと思う。(F 市)
- ・包括によるマッチングはメリット（地域のケアマネを把握）とデメリット（包括による力量の格差）がある。(K 団体)
- ・マッチングの実務は市町村単位が現実的。ただし実施団体に委託すれば県でも可能。(K 団体)
- ・都の主任ケアマネ受講と同じフローにしては。(D 市)

### 【アドバイザーと受講者の組み合わせについて】

- ・他施設・他職種同士の組み合わせの是非については、県内でも統一見解はない (B 県)。
- ・力のある人は誰でも指導できると思うし、そうなってもらいたいので、ここにはあまりこだわらない。(C 県)
- ・マッチングの要件として、職種と事業所の規模については考慮しなくてよいと思うが、ペアの年齢差は考慮してほしい。(E 市)
- ・アドバイザーと受講者の施設種は合わせた方がよい。(H 協会)
- ・マッチング時には、施設と居宅とを分けた方がよい (I 団体)

## (6) 費用負担について

・受講料の徴収については概ね理解を得たが、年度内に複数回参加する可能性のあるアドバイザーの負担を懸念する声があった。

・アドバイザーに対する謝礼については相互研さんであるため不要との意見が多いが、メリットを示さないと事業所から報酬を求められるのではないかと意見があった。

・参加者に対する保険や利用者に対する謝礼などについて配慮すべきとの意見があった。



#### 【運営費用・受講料】

- ・国から相応の人と予算を付与してもらう必要がある（A 県）
- ・市町村事業とするならば、どこから予算化していくのか。（F 市）
- ・市町村の費用負担は会場提供のみにしてほしい（H 協会）
- ・無料で研修を受けることは、効果的とは言えないため、受講料は徴収したほうが良い。（F 市）
- ・受講料の徴収は、年 2 回以上参加の可能性があるアドバイザーにとっては負担となる。（E 市）

#### 【アドバイザー・事業所に対する謝礼】

- ・ともに学ぶ立場であるため、不要。（C 県）
- ・相互研さんを研修の目的に盛り込めば、謝金は不要。謝金が発生すると、事業化を考える業者の発生が考えられる。公表制度の項目として、実習受け入れ回数を追加して、地域貢献度を示すようにしては。（K 団体）
- ・謝礼は不要。（E 市、F 市）
- ・アドバイザーには若干の謝礼を。（J 団体）
- ・法定研修等との関連、アドバイザーは”受講者”であることを明確に示す必要がある。（I 団体）
- ・無償では非公式な謝礼が発生し、かえって現場が混乱する。500 円等の一定の価格を設定し、公式に受入事業所に支払う方がよいのではないか。（D 市）
- ・特定加算事業所に対して受け入れの義務化は理解できる。（J 団体）
- ・事業所から協力報酬を求められる可能性が高い。（I 団体）
- ・地域包括支援センターの職員に講師等の協力を得ることが難しい場合も多い。（I 団体）

#### 【保険】

- ・保険があったほうが安心。（C 県）
- ・保険は必要。その費用を受講料などで賄うことが必要ではないか。（F 市）

#### 【その他】

- ・利用者への謝礼があった方がよい。（J 団体）

#### (7) その他

各地域における実情や地域内独自の取り組みについての情報提供のほか、本研修に対して、受講年度を予め今後 3 年間から選択可能とする提案、同行演習の期間に幅を持たせる提案などがあった。

- ・事業所が任意で実施し、実施する事業所には実習受入加算等の加算をつけ、都道府県が事業所指定権限の一環で監督する形が考えられる。（A 県）

- ・提案1： 受講生の担当するケース数が充実した時期に OJT を受講できるように、受講者に一斉に通知を出し、3年間から希望する受講年度を選択してもらう方式にしたい。
- 提案2： 研修期間にはある程度余裕を持たせ、アセスメント事例と同行訪問の事例を同一にすれば、研修の効果が最大に得られる。(E市)
- ・利用者へのプライバシーの保護・個人情報の保護については、文章で明確にすることが大切である。(F市)
- ・本県には主任推薦制度があること、居宅とそれ以外の施設の研修体系の分離、事業所にチェーンが多いこと、などの事情がある。(H協会)
- ・事業所が実習を受け入れることで透明性の確保に繋がる。(I団体)
- ・単なるケアプランの作り方だけでなく、家族関係も含めたケアマネジメントの在り方を、実習を通して学ぶ意義は大きい。(I団体)
- ・地域の福祉を担うソーシャルアクションに繋がるとよい。(I団体)
- ・県独自の取り組みとして、以下を実施している (J団体)
  - 主任ケアマネ受講生に対するアンケート
  - 主任ケアマネ受講生名簿を市町村に提供
  - H23年からスーパーバイザーを要請

## 第3章 「地域同行型実地研修」の質の確保

### 1. 運営マニュアル及びテキストの改訂

#### 1) プログラム運営事務局向け「運営マニュアル」の改訂

全国各地域で展開可能なプログラムを目指し、本実習プログラムの企画・運営を行う運営事務局がプログラム実施時に必要な具体方法を運営マニュアルに記載した。

##### 【主な記載項目】

- 実施体制、スケジュール
- 事前準備、研修運営の方法
- 実習協力施設等、関係各所向け説明文書のフォーマット  
(参考資料「3-1」運営事務局向け運営マニュアル)

##### 【主な変更点】

- 自治体の規模や実情に応じて運営主体を選択可能とした
- 受講時期や研修期間に幅を設けた
- 様式の簡素化と改訂

#### 2) 受講者向けテキスト(「受講者テキスト」)の改訂

地域同行型実地研修に参加する受講者が、研修の心構えや研修の考え方等を学ぶための内容を記載している。各記録をポートフォリオとして一元管理できるよう、ファイル綴じの形態とした(図表10)。

図表10 研修テキストファイル

##### 【主な記載項目】

- 介護支援専門員としての成長ステップ
- 研修の心構え
- スケジュール
- 準備内容
- 初日全体研修、個別同行実習、最終日全体研修の内容 等
- 受講同意書、利用者の同意書



- アセスメント確認用紙
  - 目標設定や実施内容に関する各種記録
- (参考資料「3 - 2) 受講者テキスト」)

#### 【主な変更点】

- 同行訪問及びサービス担当者会議場面で使用する自己評価ツールを追加した。

### 3) アドバイザー向けテキスト(アドバイザーテキスト)の改訂

アドバイザーが受講者に対する指導の心構えやアセスメントプロセスを確認するための具体方法を記載し、アドバイザーの質の確保及び不安軽減を目指している。

#### 【主な記載項目】

- アドバイザーの心構え
- 事前準備 (研修目標設定、アセスメント確認の方法)
- 初日全体研修、個別実習、最終日全体研修の内容
- アドバイザーの気づきと助言内容の例
- 目標設定や助言に関する各種記録 等

(参考資料「3 - 3) アドバイザーテキスト」)

#### 【主な変更点】

- 同行訪問及びサービス担当者会議におけるスーパービジョンを支援するためのツールを追加した。
- 前年度は研修参加者向けのテキストとアドバイザー向けマニュアルの2分冊であったが、1冊にまとめて「アドバイザーテキスト」とした。
- アドバイザー事前研修の内容を、アドバイザーのスーパービジョン力平準化を目指す方向で拡充した。

### 4) 様式類の改訂

- スーパービジョン支援ツールをアドバイザーテキストに追加
- 自己評価ツールを受講者テキストに追加
- 利用者同意書等、運営事務局が使用する様式の簡素化。内容は運営事務局の裁量で変更可能とする。

## 2. アドバイザー用スーパービジョン支援ツールと受講者用自己評価ツールの開発

### 1)スーパービジョン支援ツールと自己評価ツールの目的と使用方法

アセスメント確認、サービス担当者会議、利用者宅への同行訪問の場面において、アドバイザーが受講者に対して行うスーパーバイズを支援するツールとしてスーパービジョン支援ツールを、また、受講者が自己評価を行うためのツールとして自己評価ツールをそれぞれ作成した。

アドバイザー向け、受講者向けいずれも名称は共通で、アセスメント確認用紙、サービス担当者会議評価ツール、同行訪問モニタリングツールとしている。チェック項目も共通であるが、アドバイザーと受講者ではチェックの対象が異なり、アドバイザーは自分とペアとなる受講者の行動や態度、アセスメント、ケアプランに対して事前予測と事後評価を行い、受講者は自分自身の行動や態度、アセスメント、ケアプランを事前・事後に評価する。

### 2)各ツールの説明

#### (1) アセスメント確認用紙

「アセスメント確認用紙」とは、受講者のケアマネジメントプロセスへの理解度やアセスメント力をアドバイザーと受講者がともに確認するためのツールである。

- i. ケアマネジメントプロセスへの理解度は、以下の各ステップで検討すべきことを理解しているかを評価することで測る。
  - ・利用者に関する適切な情報収集、課題分析、ニーズ抽出
  - ・ニーズに対する目標設定、サービス選択
  - ・担当者会議等による調整、モニタリング～再アセスメント
- ii. アセスメント力は、利用者に関する適切な情報集から得られた現状の問題点やその要因を踏まえて、課題を分析しているかどうかで測る。しばしば問題となる程度や現状を認識しながらニーズとして捉えていなかったり、目に見える問題だけに対応し、その原因を解決していないことがあるためである。
- iii. この確認表は、評価や監査の為に用いるものではなく、あくまでも受講者のケアマネジメント力を引き上げるためのものである。

チェック項目（参考資料 3-2 及び 3-3 内アセスメント確認用紙より抜粋）

生活状況	
①家族構成・ 介護者の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者を含む家族等の年齢・性別・同居などの把握ができているか。</li> <li>・主介護者の健康状態や就労の有無、家族との関係性を把握しているか。</li> <li>・介護者の負担感の程度はどのくらいか。</li> </ul>
②生活歴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者本人のこれまでの生活（職業や住んでいた場所）、大切にしていることの把握ができているか。</li> </ul>
③経済状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護費用に使える金額、年金の種類が把握できているか。</li> </ul>
主訴	
①利用者の主訴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族でなく「本人」の生活上の困りごとを把握しているか。利用者本人の言葉で書かれているか、ケアマネジャーが感じていることか。</li> <li>・困りごとが起こっている背景は何か。</li> </ul>
②家族の主訴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族の困りごと（本人のとは区別）を把握しているか。誰がどの様なことで困って相談に至ったか。</li> </ul>
健康状態	
①既往歴・ 現病歴・症状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアプランへの反映が必要な疾患を把握しているか。</li> <li>・下痢、（夜間の）頻尿、食欲不振、便秘（の程度）、めまい、吐き気、動悸、息切れなどの具体的な症状の訴えがあるか。</li> <li>・精神的な不安やうつ傾向がある場合は、きっかけ、負担の程度、社会交流の減少程度、訴える内容と訴える相手を把握しているか。</li> </ul>
②主治医の 意見書	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医意見書を取り寄せているか。意見書の記載内容を参考にしているか。</li> <li>・ケアマネジャーがかかりつけ医と連携しているか。</li> </ul>
③服薬状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤の管理状態、服薬時間の把握、服薬方法・服薬量の理解ができるか。</li> </ul>
④口腔・嚥下／ 褥瘡・皮膚	<ul style="list-style-type: none"> <li>・残歯の状況、口腔内の状態（口腔内の乾燥・潰瘍の有無）、咀嚼・嚥下状態等を把握しているか。</li> <li>・褥瘡の有無、やけど、発疹・乾燥・掻痒症・疥癬などの感染症の既往の有無とその程度を把握しているか。</li> </ul>
認知症	
①認知症状 徘徊、暴言等 の BPSD（行 動）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人に直接確認が困難な場合、家族や関係の深い人など複数の周辺の人から、利用者大切にしていること等を聞いているか。</li> <li>・BPSD（徘徊、暴言等）が有る場合、どのようなときに発生しているか。確定診断を受けているか。専門医を受診しているか。</li> <li>・利用者本人に直接関わり、確認をしているか。</li> </ul>
ADL	
①移動	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居室内の移動手段、居室外・屋外の移動手段、移動の不安・転倒の有無とその頻度、乗り物の活用程度や起居動作の程度を把握しているか。できることに気づいているか。</li> </ul>
②入浴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入浴方法や入浴場所、入浴の介助の程度（誰がどの程度介助をしているのか）。入浴の好き・嫌いを把握しているか。</li> </ul>
③食事摂取	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一日の水分摂取量、食事の回数、食事内容、肥満・るいそう（病的な場合はBMIの把握）の程度を把握しているか。</li> <li>・嚥下の状態、食事の摂取状況（セッティング後に自力での摂取が可か否か）、ムセの有無等を把握しているか。</li> </ul>

④排尿・排便	<ul style="list-style-type: none"> <li>・排泄の有無や程度、場所、頻度、介助の有無や誰がどの程度支援しているか。</li> <li>・失禁が有る場合、尿意・便意の有無や程度、泌尿器科への受診の有無、留置カテーテルの有無等を把握しているか。</li> </ul>
I ADL	
①家事（調理・掃除・洗濯）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・献立を考えること、調理の準備、手順の理解、調理器具の利用、配膳・引き膳等ができるか。誰がおこなっているか。</li> <li>・掃除の手順（掃除機の操作）や家の中の整理整頓の状況を把握しているか。洗濯機の操作や洗濯物を干す・取り込む、たたむ等の動作ができるか。誰が行っているか。</li> </ul>
②買い物・金銭管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・買うもの考える（リスト化する）、買うものを選択できる、支払いができる、買い物する場所の見当がつくか。誰が行っているか。</li> </ul>
コミュニケーション	
①意思の疎通	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常の出来事や意見・要望などを人に伝えることができるか。緊急時の本人との対応可能なコミュニケーション方法を把握しているか。読解力や筆談など言語的なコミュニケーションの方法を把握しているか。視力・視野の程度、空間無視などの障害の程度、白内障の影響や眼鏡使用の有無、有聴力の程度、補聴器使用の有無や頻度などについて把握しているか。</li> </ul>
②周囲との関わり・社会参加	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他者との関わり「誰とどの程度（頻度）」の関わりがあるか。以前より減っている場合、その理由と時期。</li> </ul>
居住環境	
①室内環境・立地環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒のリスクの有無を確認しているか。必要に応じ、リハビリの可能性も検討しているか。</li> <li>・外出機会が乏しくなっていないか。</li> </ul>
特別な状況	
①虐待	<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会通念を超えた生活状態（食事内容・排泄介助・入浴・室内環境）、説明不能なあざやけが、身体的抑制の有無と頻度、暴言・暴行、放置（ネグレクト）の状態・程度と頻度、虐待が発生しそうな要因を把握しているか。</li> </ul>
②ターミナルケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>・疾病による余命が半年以内との診断を受けた場合の基礎疾患、癌などの場合は緩和ケアの方針、痛みの有無、告知の有無といった状況を把握しているか。</li> </ul>
アセスメント、ニーズ、目標、サービスのつながりについて	
アセスメントからニーズ把握、サービス計画へのケアマネジメントプロセスを踏んでいるか	
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主訴の背景に何があるのか、洞察できているか。</li> <li>・左記のチェック項目を踏まえた上で、利用者を理解できているか。</li> </ul>
ニーズの把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>・単に困っていることを羅列するだけでなく、ニーズの背景を捉えているか。</li> <li>・課題抽出されている項目と利用者の状況把握が整合しているか。</li> <li>・普段どのように生活をしているか。24時間の過ごし方を把握できているか。</li> <li>・在宅で安全に生活ができる、等の漠然とした表現になっていないか。</li> <li>・利用者本人にとっての安全とは何か、アセスメントを通じて考えられているか。</li> </ul>
目標設定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者がどのような暮らしを望んでいるか。</li> <li>・目標とする生活のイメージの合意を取れているか。</li> <li>・目標は達成可能で具体的な表記となっているか。</li> <li>・困っていること、できないことへの対応で、利用者の自立支援や生活の質にどのように影響するか、の視点があるか。</li> <li>・利用者の意向を「困りごとを解決してほしい」と捉えるのではなく、困りごとを解決して、生活しようという意欲を引き出すことができているか。</li> <li>・「家族の意向&gt;利用者の意向」となっていないか。</li> </ul>

サービス内容、地域との連携について	
サービス計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ニーズは介護サービスを利用する目的となっているか。</li> <li>・サービスを導入することが目的ではなく、それぞれのサービス導入が何を意図しているのかを明確に意識できているか。</li> <li>・その意識に基づいたケアプランになっているか。</li> <li>・軽度利用者認知症高齢者の支援内容やサービス内容が画一化されていないか。 例えば： 夜間土日のサービスの必要性について目を配っているか。</li> <li>・導入されたサービスの必要性について、根拠を明確にできているか。</li> <li>・ニーズと社会資源（フォーマル、インフォーマルともに）の結び付けの整合性が取れているか。</li> </ul>
チームマネジメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアプランに位置付けられた各種の社会資源が共通して目指す目標が明確になっているか（ケース支援の目標）</li> <li>・その上で、ケアプランに位置付けられた各種の社会資源の役割分担が明確になっているか。</li> <li>・ケアプランの中でこれらが明記されているか。</li> </ul>

## (2) サービス担当者会議評価ツール

「サービス担当者会議評価ツール」とは、サービス担当者会議における準備、運営、議事報告までの各場面についての事前目標と事後評価を、アドバイザーと受講者がともに確認するためのツールである。

アドバイザーは、初日の全体研修で演習として行うアセスメント確認を通じて、既に受講者の力量やサービスのクセをある程度把握している。また、受講者のケースについては、アセスメント確認演習の対象事例がサービス担当者会議の対象事例に選ばれる可能性があり、この場合は、受講者の提出したアセスメントとケアプランから、アドバイザーもケースの特性を事前に把握することができる。

アドバイザーは、これらの事前情報を踏まえ、会議の実施前に、各場面における受講者のサービスについて、特にどのような点を重点的に見ていきたいかチェックする。また、受講者に対して具体的にどのような助言・指導を行うかも簡単にメモした上で、会議に臨む。

受講者もまた、自身の長所・短所を振り返った上で、会議の実施前の各場面におけるサービスについて自分で重点的に改善したい項目や注意したい項目をチェックする。

会議後は、アドバイザー・受講者いずれも、受講者の準備・運営・報告について特に達成が大きかった項目や、課題を感じる項目についてチェックし、具体的な内容を記述する。アドバイザーは、受講者に対する実際の助言・指導については、振り返りの際に口頭で受講者本人に伝えるとともに、受講者用のサービス担当者会議評価ツールにメッセージとして記入する。



i. 場面設定とチェック項目（サービス担当者会議評価ツールより抜粋）

場面	大項目	小項目
準備場面	開催のタイミング	会議の目的と開催のタイミングによって、必要な準備事項が変わってくることに留意して、以下の項目を確認する。
	開催の周知	<ul style="list-style-type: none"> <li>・周知の方法は適切か（電話・ファックス・メール・面談・その他）。</li> <li>・場所・時間・テーマなど必要事項を周知しているか。</li> </ul>
	参加者の選択	<ul style="list-style-type: none"> <li>・テーマによって必要なメンバーを中心に参加者を募っているか。（本人・家族・介護サービス事業者・地域包括支援センター・地域の方、その他）</li> </ul>
	主治医への参加案内	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医に参加案内をしているか。</li> <li>・参加困難なことが多いため、不参加の場合は、事前に面談もしくは文書による聴取を行っておくか、</li> <li>・看護師・MSW に代理出席していただく手配をしているか。</li> </ul>
	資料配布	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当日の議題（開催目的）に応じた資料を事前に送付しているか。各担当者が必要な情報を持ち寄るための意識づくりに必要。（例：ケアプラン1～3表、利用者の状態像が分かる資料など）</li> </ul>
	本人・家族への配慮	<ul style="list-style-type: none"> <li>・掃除や茶菓の用意などは不要であることを事前に伝えているか。</li> </ul>
	欠席者の把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事前に欠席者との情報交換をしておき、会議の場で欠席者の意見を伝える準備ができているか。</li> </ul>
開催場面	当日準備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人数分の資料の準備はできているか。</li> <li>・座席位置の設定をしているか（利用者家族とケアマネは近くに座り、それぞれの表情が見える場所を確保する。できれば利用者及び家族の隣に座ることが望ましい）</li> <li>・到着時間は守れたか</li> </ul>
	時間の統制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・開始・終了時間は守れたか。</li> <li>・開始時におおむねの終了時間を目安を述べたか。</li> <li>・時間についての協力を参加者に依頼しているか。</li> <li>・参加者の発言時間をコントロールできているか。</li> <li>・時間内に議論が終わらない場合は、他の参加者に、延長するか意見を聞いているか。</li> </ul>
	開会時	<ul style="list-style-type: none"> <li>・開催の挨拶をしたか。</li> <li>・参加者の紹介をしたか。 1. 本人・家族を紹介する 2. サービス事業所は各自、事業者名を述べて自己紹介をする</li> <li>・本日の会議の目的を述べて、全員が共有できるようにしているか。</li> <li>・ケアプランの内容について説明をしたか。</li> </ul>
	アセスメント、ケアプランの説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者目線で専門用語・分かりづらい言葉の言い換えをしているか。</li> <li>・利用者の表情を確認しているか。</li> <li>・言葉遣いは丁寧か。</li> <li>・説明は簡潔か。</li> <li>・内容の説明を終えたら、本人・家族に内容についての確認もしくは感想を述べてもらったか。</li> </ul>
	議論の目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各サービス事業所の役割分担、本人・家族の役割分担は明確になったか。</li> <li>・支援チームの全体像が見えたか。</li> </ul>
議論のリード	<ul style="list-style-type: none"> <li>・時間内に結論が出たか。</li> <li>・議論がずれたり、横道に逸れた場合はしっかり論点を戻したか。</li> <li>・一人が長く発言をしないように、また、誰もが平等に発言できるようにしているか。</li> <li>・専門職ばかりが熱心に議論をして、本人・家族が置き去りにされていないか。</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>参加者から、サービス内容が難しい、時間がないなどの否定的な意見が多く出た場合は、会議をいったん中断して、否定的な内容についての意見を確認しているか。後日、再度検討した方がよい場合もある。</li> </ul>
	議論：サービス事業所	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアプランの説明・サービスの実行において各自の役割分担が理解できるか。</li> <li>役割を実行するための注意事項はないか、その他サービスを実行するために新たなアイデアや想いはないか、確認はできているか。</li> <li>専門職ばかりが熱心に議論をして本人・家族が置き去りにになっていないか。</li> </ul>
	議論：本人・家族への配慮	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者本人や家族が不安・不快な気持ちになることがないように進行しているか。</li> <li>本人の思い・家族の思い（不安・負担なども含め）を発言してもらっているか。</li> <li>専門職ばかりが熱心に議論をして本人・家族が置き去りにになっていないか。</li> </ul>
	議論のまとめ方	<ul style="list-style-type: none"> <li>出てきた意見について、まとめを行っているか。</li> <li>この支援で問題が発生した場合に、誰に連絡をするかが明確になったか。</li> <li>残された課題や解決に至らなかった課題などを参加者に説明し、了解を得ているか。</li> </ul>
	閉会時の連絡事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>終了時に次回の担当者会議の開催時期などを伝えたか。</li> <li>閉会の前に参加者にお礼を述べたか。</li> </ul>
	守秘義務の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>開催時・閉会時のいずれかにおいて参加者に対し、「会議等で知れた情報については、個人情報保護を観点から、会議後に他言することのないように」と告げているか。</li> </ul>
	時間の統制	<ul style="list-style-type: none"> <li>開始・終了時間は守れたか。</li> <li>開始時におおむねの終了時間を目安を述べたか。</li> <li>時間についての協力を参加者に依頼しているか。</li> <li>参加者の発言時間をコントロールできているか。</li> <li>時間内に議論が終わらない場合は、他の参加者に、延長するか意見を聞いているか。</li> </ul>
	議事録	<ul style="list-style-type: none"> <li>参加者・欠席者を明示しているか。サービス事業所の参加者からは名刺をもらっておくとよい。</li> <li>議題・検討した内容を簡潔に書いているか。</li> <li>結論はわかりやすいか。（検討内容について、どのように支援をしていくのか、対応方法などの決定事項を具体的に記載する）</li> </ul>

ii. このツールには、項目チェックの際の指標として、「評価の視点・方法」を添付している。事前の目標設定および事後評価の際に参照しながらチェックが可能。

iii. このツールは、評価や監査の為に用いるものではなく、あくまでも受講者のケアマネジメント力を引き上げるためのものである。

### (3) 同行訪問モニタリングツール

「同行訪問モニタリングツール」とは、同行訪問における準備、現場の業務、実施後業務、そして振り返りまでの各場面についての事前目標と事後評価を、アドバイザーと受講者がともに確認するためのツールである。

アドバイザーは、初日の全体研修で演習として行うアセスメント確認を通じて、既に受講者の力量やサービスのクセをある程度把握している。また、受講者のケースについては、

アセスメント確認演習の対象事例がサービス担当者会議の対象事例に選ばれる可能性があり、この場合は、受講者の提出したアセスメントとケアプランから、アドバイザーもケースの特性を事前に把握することができる。

アドバイザーは、これらの事前情報を踏まえ、同行訪問の実施前に、各場面における受講者のサービスについて、特にどのような点を重点的に見ていきたいかチェックする。また、受講者に対して具体的にどのような助言・指導を行うかも簡単にメモした上で、会議に臨む。

受講者もまた、自身の長所・短所を振り返った上で、同行訪問の実施前の各場面におけるサービスについて自分で重点的に改善したい項目や注意したい項目をチェックする。

訪問後は、アドバイザー・受講者いずれも、受講者の準備・運営・報告について特に達成が大きかった項目や、課題を感じる項目についてチェックし、具体的な内容を記述する。アドバイザーは、受講者に対する実際の助言・指導については、振り返りの際に口頭で受講者本人に伝えるとともに、受講者用の同行訪問モニタリングツールにメッセージとして記入する。

i. 場面設定とチェック項目（同行訪問モニタリングツールより抜粋）

場面	大項目	小項目
準備場面		①日程の調整、②事前情報の確認、③目的の明確化
現場	利用者からの聞き取り	①生活状況の変化、②体調の変化、③介護力の変化、④権利擁護の確認
	ケアプランの実行状況	①実行状況の把握、②利用状況の把握、③利用状況の変化
	サービスの提供	①実施状況、②満足度の把握、③苦情（不満）有無
	課題解決の可能性	①短期目標の到達度、②長期目標の到達度、③ニーズの変化
	ケアプラン変更の必要性	①竿アセスメントの必要性、②生活環境、③介護力の変化、④サービス内容
実施後	モニタリング結果の連携	①サービス事業者、②主治医、③その他、④サービス担当者会議開催の必要性、⑤他機関との協働
	記録	①記載内容
振り返り		①目的通りにできたか、②自らの課題は何か ③今後のあり方

ii. このツールには、項目チェックの際の指標として、「評価の視点・方法」を添付している。

事前の目標設定および事後評価の際に参照しながらチェックが可能。

iii. このツールは、評価や監査の為に用いるものではなく、あくまでも受講者のケアマネジメント力を引き上げるためのものである。



## 第4章 「地域同行型実地研修」カリキュラム及びツールの検証

本プログラムの有効性を検証するため、パイロット研修を平成 26 年 1 月に、平成 24 年度パイロット研修参加者に対する追跡調査を平成 25 年 9 月に実施し、以下に示す通り、地域同行型実地研修の有効性を示す結果を得ることができた。

### 1. 研修講師候補を対象としたパイロット研修

#### 1) 概要と目的

##### (1) 実施結果概要

本パイロット研修は、地域同行型実地研修の本番前にアドバイザーに対して実施する「アドバイザー事前研修」の試行演習として実施した。

検証目的は 4 項目あり、①アドバイザー事前研修の実施により、アドバイザーの質が平準化されるか、②参加者によるスーパービジョン支援ツールの利便性評価、③事前研修が地域同行型実地研修の導入演習として機能するか、④見直し中の主任介護支援専門員養成研修および主任介護支援専門員更新研修との整合性の確認、以上について検証を行った。

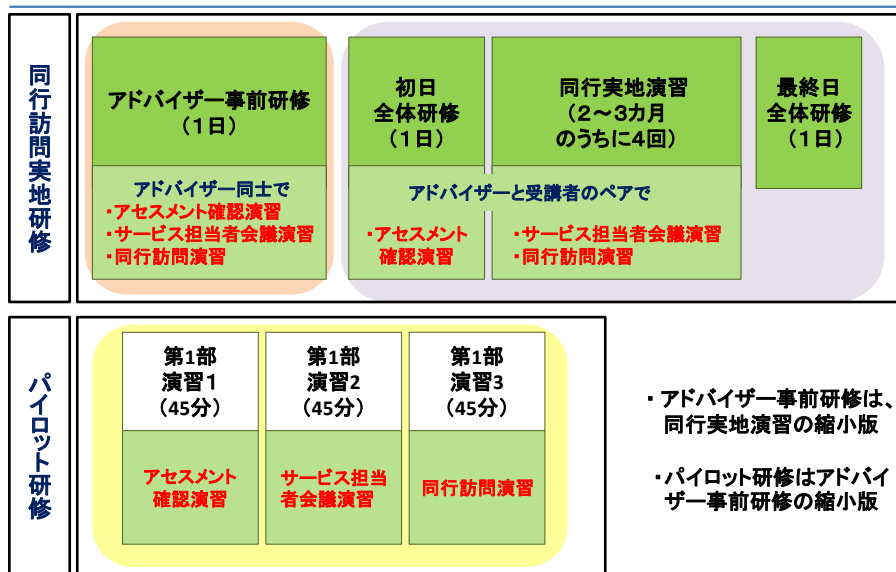
講師候補者 8 名（認定ケアマネジャー）を対象に実施した結果、参加者からは「視覚情報としてスーパービジョンの場面を見るので分かりやすい」「応用すれば参加者が自己学習することも可能なのでは」「アドバイザーのスーパービジョン力平準化に役立つだけでなく、バイザーとなる受講者にもスーパービジョンを学ぶ演習として有効ではないか」と、研修の効果を認める意見が多く挙がった。

研修の際にはスーパービジョン支援ツールについてもヒアリングを実施し、ツールについても「1 枚で同行訪問やサービス担当者会議などの各場面で自分がチェックすべき項目の全体が俯瞰できる点が良い」「力量不足のアドバイザーの力を補い、評価と指導の平準化を可能にする」「これまでどこに着眼点を置いて評価すべきか分からなかった部分まで見える化した」と、大きく評価する声があった。

(2)パイロット研修の位置づけ

アドバイザー事前研修では、本番の同行訪問に先立ち、アドバイザーのみを対象に約半日でアセスメント確認、サービス担当者会議、同行訪問モニタリングの3場面を想定した演習を実施する。本パイロット研修は、アドバイザー事前研修の試行研修として実施する。

図表 11： アドバイザー事前研修パイロット研修の位置づけ



【参考】 第2章 1-7)「実施スケジュール」、及び「アドバイザーテキスト」第2章

(3) 研修目的と進行方法

アドバイザー事前研修では、スーパーバイズ場面のロールプレイを外部観察者として評価することにより、アドバイザーが自身のスーパーバイズの癖や傾向を客観的に把握することを目的としている。

さらに、自身の指導法を客観的に把握することで、本番のアセスメント確認演習や同行実地研修において、受講者が傷つくような言動を避けつつ、受講者の気づきにつながる指導ができるようになる、という狙いも兼ねる。

具体的には、架空事例に基づくアセスメント確認・同行訪問・サービス担当者会議の3場面で、主任介護支援専門員が介護支援専門員に対してスーパーバイズを行う様子のDVDを視聴して(本パイロット研修では2人の演者によるライブロールプレイ)、DVD内の演者(本パイロット研修ではロールプレイの演者)の指導方法について「良いと思われる指導」と「疑問に思った指導」を付箋紙に書き出していく。視聴後にファシリテーターの司会により各自が自身のコメントを発表し(ホワイトボードに付箋を貼付していく)、最後に講師

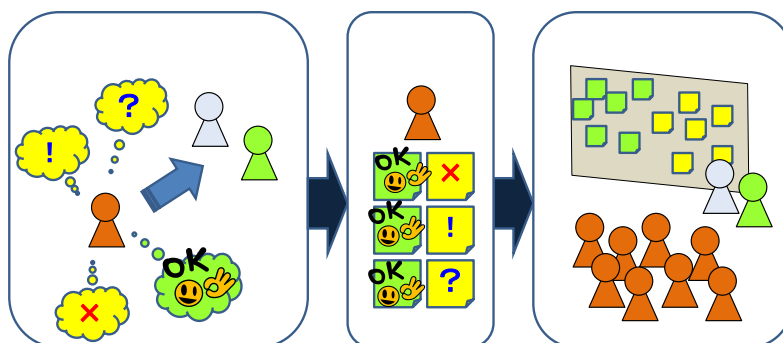
が総評を行うという形式となる。

また、アセスメント確認については、DVD（本パイロット研修では2人の講師によるロールプレイ）と同じ架空事例について、参加者自身も事前にツールを用いて指導方針を準備しておくことにより、演者の指導法と自身の指導法をより深いレベルで比較することを可能にしている。

図表 12 アドバイザー事前研修パイロット研修の進行

### アドバイザー事前研修パイロット研修の進行

- ① 講師によるスーパービジョンのロールプレイをみる
- ② バイザー役のスーパービジョンについて、  
良いと思った点、疑問に思った点をメモする
- ③ ロールプレイ後に全員の感想を貼りだし、講師がコメントする。



## 2) パイロット研修実施報告

アドバイザー事前研修の効果を検証するためのパイロット研修を以下要領にて実施した。

目的	<p>①アドバイザー事前研修の実施により、アドバイザーの質が平準化されるか確認する。</p> <p>②参加者によるスーパービジョン支援ツールの利便性評価</p> <p>③事前研修が地域同行型実地研修の導入演習として機能するか確認する。</p>
日程・会場	<p>1月24日（金） 13時～17時</p> <p>桜美林大学大学院 四谷キャンパス 308 教室 （東京都新宿区四谷 1 丁目 21）</p> <p><a href="http://www.obirin.ac.jp/access/index.html">http://www.obirin.ac.jp/access/index.html</a></p>
対象・人数	研修講師候補の認定ケアマネージャー 8 人
講師	主講師：白木 裕子 副講師：奥田 亜由子
効果測定	<p>①ヒアリング</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・研修に対する評価</li> <li>・スーパービジョン支援ツールに対する評価</li> </ul> <p>②講師・主催者による研修内容評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事前研修により、アドバイザーの質が平準化されるか</li> <li>・事前研修が地域同行型実地研修の導入演習として機能するか</li> <li>・見直し中の主任研修・主任更新研修との整合性確認</li> </ul>

### (1) 準備

事務局	<p>テキストとアセスメント確認用紙を研修参加者に送付する。</p> <p>メール本文において以下①・②を依頼する。</p>
研修参加者	<p>①テキスト参考資料3「ケアマネジメント業務の考え方と研修の進め方」を復習する。</p> <p>②アセスメント確認の方法（テキスト p22-24）に基づき、「Aさん事例」（テキスト参考資料2）についてアセスメント確認用紙にチェックし、指導方針を立てる（第1部予習）。</p>



(2) 進行

13:00	本日の研修の目的	15分	事務局
13:15	講義 ケアマネジメントの基礎知識 スーパービジョンの基礎知識	30分	講師
13:45	演習1 アセスメント確認演習 [演習] ロールプレイ視聴 会場発表 講師コメント・総評	20分 15分 10分	Aさん事例に基づいて演者がロールプレイ。参加者は視聴しながらポストイットに良い点、疑問点を書き出す。 良かった点・疑問に思った点を書いたポストイットをホワイトボードに張る
14:30	休憩 (10分)		
14:40	演習2 サービス担当者会議演習 [演習] ロールプレイ視聴 会場発表 講師コメント・総評	20分 15分 10分	演者がサービス担当者会議場面を想定したロールプレイ。参加者は視聴しながらポストイットに良い点・疑問点を書き出す。 良かった点・疑問に思った点を書いたポストイットをホワイトボードに張る
15:25	休憩 (10分)		
15:35	演習3 同行訪問演習 [演習] ロールプレイ視聴 会場発表 講師コメント・総評	20分 15分 10分	同行訪問指導ロールプレイを視聴しながらポストイットに良い点・疑問点を書き出す。 良かった点・疑問に思った点を書いたポストイットをホワイトボードに張る
16:20	休憩 (5分)		
16:25 17:00	ヒアリング	35分	

※ 良い点を記入するポストイットと不足している点を記入するポストイットは色を分ける。

### (3) 参加者ヒアリング結果

#### i 演習の効果について

- ・スーパービジョンに自信を持ってないケアマネジャーが多い。この演習の成果を地域に戻ってから生かしてもらえるとよい。
- ・映像としてスーパービジョンを見ることができるのでイメージしやすい。
- ・DVDになれば、気になる場面の都度に止めて見ることができるので自分で考えながら習得してもらうことができる。
- ・対象をアドバイザーに限定せず、バイジーもスーパービジョンを学ぶために受講してもらう必要があるのではないか。
- ・DVDを各受講者に配布し、各自で復習可能にしてもよいのではないか。
- ・スーパービジョンの経験があまりない場合、バイジーに厳しく指導する場面を見て、「これが正しいスーパービジョンだ」と思ってしまう可能性がある。  
⇒ DVD作成の際は、場面ごとに解説を追加するとよい。
- ・あまりに模範的なSV例だと模倣になる可能性がある。疑問に思うようなSV例が入っている方がよい。  
※ シナリオには、未熟なスーパービジョン例を織り込んでいる。

#### ii 予習（アセスメント確認）について

- ・施設ごとに様式が異なるので、見たことのない様式に戸惑う人が出る可能性はある。

#### iii スーパービジョン支援ツールについて

- ・1枚で全体が見えるのが画期的。
- ・相互研さんという意味で、スーパーバイジーにとってもツールがある方がよい。
- ・アドバイザーには力量差があると思う。ツールに沿って見ていけば評価と指導の平準化が可能になる。
- ・今まではアセスメント確認の際の着眼点の指標がなかった。

## 2. 昨年度実施のパイロット研修参加者に対する追跡調査

平成 25 年 9 月から 10 月にかけて、平成 24 年度パイロット研修の全参加者に対して郵送による追跡調査を実施し、OJT 研修の長期的効果を検証した。

参加者が自分のケアマネジメントに対して下す自己評価はパイロット研修実施時と比較して全体的に上昇しているが、比較のためにパイロット研修を受講していない統制群を設けていないため、昨年度受講した研修が持続的な効果をもたらしているか、その直接的な効果を検証することはできない。そのため、昨年度の研修後に事業所や本人が OJT を継続してきたか否かを今回調査の設問に加え、OJT の継続的な実施が 1 年後の自己評価に差異を生じさせるか否かについて検証した。

その結果、アドバイザーについては、OJT を事業所や本人が継続している場合、ケアプランの作成等、ケアマネジメントの幾つかの項目において、前年より有意に自己評価が向上していた。また、アドバイザーのスーパービジョン力についても、OJT を事業所や本人が継続している場合、モニタリングや利用者とのコミュニケーションに対する自信が 1 年前より向上し、困難度を低く感じるようになった。

この結果から、昨年度のパイロット研修を手本として、その後の日常業務で OJT を実施することの有効性が実証されたといえる。

調査対象地区： 全国  
 調査時期： 平成 25 年 9 月～10 月  
 調査対象者等： 2012 年度に受講した受講生及びアドバイザー 140 人  
 悉皆・抽出の別： 悉皆  
 調査方法： 調査票郵送による調査  
 調査内容： 昨年度の調査内容に加え、平成 24 年度 OJT 研修の長期的な効果を検証するため、7 設問を追加した。

### (1) 平成 24 年度受講の受講者（介護支援専門員）

測定項目	H24 年度調査と共通の設問
フェイス項目	事前調査 I 11 問
ケアマネジメント実践プロセスにおける評価	事後調査 II 1) 20 問

### (2) 平成 24 年度受講のアドバイザー（主任介護支援専門員）

測定項目	H24 年度調査と共通の設問
フェイス項目	事前調査 I 11 問
ケアマネジメント実践プロセスにおける評価	事後調査 II 1) 20 問
ケアマネジメント指導における評価（自信、困難）	事後調査 II 2) 6 問

追加設問：

- ① 平成 24 年度 OJT 研修に準じた OJT を個人として、事業所で実践していますか？（はい／いいえ）
- ② 平成 24 年度 OJT 研修で学んだ内容を、個人としてではなく、事業所全体の業務に反映していますか？（ex. ケア会議の運営、アセスメント、etc）（はい／いいえ）
- ③ 平成 24 年度 OJT 研修後、周囲からの評価、もしくは関係に変化がありましたか？（あった／なかった）

「あった」のとき

誰から？（次から選択）： 上司、同僚、後輩、新人、利用者、その他

どんな内容でしたか？（自由記述）

- ④ 平成 24 年度 OJT 研修と同内容の研修を再度受けたと思いますか？
- ⑤ 後輩に平成 24 年度 OJT 研修と同内容の研修の受講を勧めたいと思いますか？
- ⑥ 平成 24 年度 OJT 研修で知り合った他の受講者やアドバイザーとは現在も交流はありますか？（交流がある／交流はない）

「交流がある」場合、どんな交流でしょう？

- 1. ケースの紹介や連携、共同会議、共同研修など事業にかかわる関係
- 2. 仕事上の悩み相談や共感
- 3. その他（自由記述）

- ⑦ 平成 24 年度 OJT 研修で使用したようなポートフォリオを日常業務でも活用していますか？

## 1. 回答者属性

平成 24 年度モデル研修参加者（アドバイザー、受講者）に短期実習プログラム参加 1 年後のフォローアップアンケートを実施し、受講者では参加者 72 名のうち 60 名、アドバイザーでは参加者 72 名中 65 名から回答を得た（回収率は受講者 83.3%、アドバイザー 90.3%；図表 13）。

### (1) 回答状況

**図表 13 回答状況**

地域別集計	参加者数		事前回答		事後回答		1 年後フォローアップ	
	受講者	アドバイザー	受講者	アドバイザー	受講者	アドバイザー	受講者	アドバイザー
1. 帯広	7	7	7	7	7	6	7	5
2. 函館	9	9	9	8	8	8	7	9
3. 盛岡	5	5	5	5	5	5	5	3
4. 前橋	11	11	11	11	11	11	9	9
5. 柏	6	6	6	6	5	6	5	6
6. 名古屋	8	8	8	8	8	8	6	8
7. 越知	7	7	7	7	7	7	6	7
8. 北九州	8	8	8	7	8	8	6	8
9. 島原	6	6	6	6	6	6	6	5
10. 宮古島	5	5	5	5	5	5	3	5
合計	72	72	72	70	70	70	60	65
返信なし			0	2	2	2	12	7
回収率			100.0%	97.2%	97.2%	97.2%	83.3%	90.3%

※ 「事前回答」はモデル研修直前のアンケートに対する回答、「事後回答」はモデル研修終了直後のアンケートに対する回答を示す。

### (2) 属性

**図表 14 性別**

	受講者	アドバイザー
1. 男性	9 (15.0%)	8 (12.3%)
2. 女性	51 (85.0%)	56 (86.2%)
N.A.	0 (0.0%)	1 (1.5%)
計	60 (100.0%)	65 (100.0%)

図表 15 年代

	受講者	アドバイザー
1. 20歳～29歳	0 (0.0%)	0 (0.0%)
2. 30歳～39歳	18 (30.0%)	5 (7.7%)
3. 40歳～49歳	18 (30.0%)	24 (36.9%)
4. 50歳～59歳	21 (35.0%)	31 (47.7%)
5. 60歳～69歳	3 (5.0%)	5 (7.7%)
6. 70歳以上	0 (0.0%)	0 (0.0%)
N.A.	0 (0.0%)	0 (0.0%)
計	60 (100.0%)	65 (100.0%)

図表 16 基礎資格（複数回答）

	受講者	アドバイザー
1. 介護福祉士	44 (73.3%)	14 (21.5%)
2. ホームヘルパー	8 (13.3%)	1 (1.5%)
3. 看護師(准看護師含)	5 (8.3%)	33 (50.8%)
4. 保健師	0 (0.0%)	1 (1.5%)
5. 社会福祉士	5 (8.3%)	14 (21.5%)
6. 社会福祉主事	3 (5.0%)	4 (6.2%)
7. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	0 (0.0%)	0 (0.0%)
8. 栄養士	0 (0.0%)	2 (3.1%)
9. 歯科衛生士	1 (1.7%)	1 (1.5%)
10. 鍼灸師・柔道整復師	0 (0.0%)	0 (0.0%)
11. 薬剤師	0 (0.0%)	2 (3.1%)
12. その他	2 (3.3%)	4 (6.2%)

図表 17 主任介護支援専門員資格

	受講者	アドバイザー
1. あり	6 (10.0%)	65 (100.0%)
2. なし	54 (90.0%)	0 (0.0%)
N.A.	0 (0.0%)	0 (0.0%)
計	60 (100.0%)	65 (100.0%)

はいのとき、受講年度	受講者	アドバイザー
1. 平成18年度	0 (0.0%)	13 (20.0%)
2. 平成19年度	0 (0.0%)	11 (16.9%)
3. 平成20年度	0 (0.0%)	6 (9.2%)
4. 平成21年度	0 (0.0%)	5 (7.7%)
5. 平成22年度	1 (16.7%)	12 (18.5%)
6. 平成23年度	2 (33.3%)	11 (16.9%)
7. 平成24年度以降	3 (50.0%)	3 (4.6%)
N.A.	0 (0.0%)	4 (6.2%)

図表 18 業務経験

	受講者		アドバイザー	
1. 2年未満	15	(25.0%)	1	(1.5%)
2. 2年以上～4年未満	20	(33.3%)	0	(0.0%)
3. 4年以上～6年未満	15	(25.0%)	1	(1.5%)
4. 6年以上～8年未満	7	(11.7%)	4	(6.2%)
5. 8年以上	3	(5.0%)	59	(90.8%)
N.A.	0	(0.0%)	0	(0.0%)
計	60	(100.0%)	65	(100.0%)

(3) 認定ケアマネージャー資格

図表 19 認定ケアマネージャー資格

	受講者		アドバイザー	
1. あり	0	(0.0%)	16	(24.6%)
2. なし	59	(98.3%)	48	(73.8%)
N.A.	1	(1.7%)	1	(1.5%)
計	60	(100.0%)	65	(100.0%)

(4) 所属機関種類

図表 20 所属機関種類

	受講者		アドバイザー	
1. 居宅介護支援事業所	53	(88.3%)	45	(69.2%)
2. 地域包括支援センター	6	(10.0%)	18	(27.7%)
3. その他	0	(0.0%)	1	(1.5%)
N.A.	1	(1.7%)	1	(1.5%)
計	60	(100.0%)	65	(100.0%)

※ 居宅介護支援事業所の場合

	受講者		アドバイザー	
1. 特定事業所Ⅰを取得	1	(1.9%)	4	(8.9%)
2. 特定事業所Ⅱを取得	29	(54.7%)	25	(55.6%)
3. 加算なし	23	(43.4%)	16	(35.6%)
計	53	(100.0%)	45	(100.0%)

(5) 法人種類

図表 21 法人種類

	受講者		アドバイザー	
社会福祉法人(社協以外)	11	(18.3%)	8	(12.3%)
社会福祉協議会	7	(11.7%)	3	(4.6%)
医療法人	14	(23.3%)	20	(30.8%)
財団法人/社団法人	1	(1.7%)	13	(20.0%)
営利法人(チェーン)	6	(10.0%)	5	(7.7%)
営利法人(チェーン以外)	12	(20.0%)	4	(6.2%)
非営利法人	1	(1.7%)	1	(1.5%)
農協/生協	0	(0.0%)	1	(1.5%)
その他	6	(10.0%)	6	(9.2%)
N.A.	2	(3.3%)	4	(6.2%)
計	60	(100.0%)	65	(100.0%)



## 2. 平成 24 年度モデル OJT 研修の効果に対する評価

本年度の調査では、平成 24 年度 OJT 研修を改めて 1 年後に振り返って評価するとともに、研修自体がこの 1 年間の参加者の業務や人間関係にもたらした影響を調べた。

まず、OJT を自分で実施しているか、もしくは事業所で実施しているか、という問いには、受講者・アドバイザーを問わず、いずれも半数強の参加者が実施していると回答している（図表 22、23）。また、特にアドバイザーにおいて、昨年度研修の参加者との継続的に交流を続けており（図表 28）、業務にかかわる事務的な関係にとどまらず、悩みを共有するなど、精神的な支えとしての交流も多いことが分かった（図表 29）。

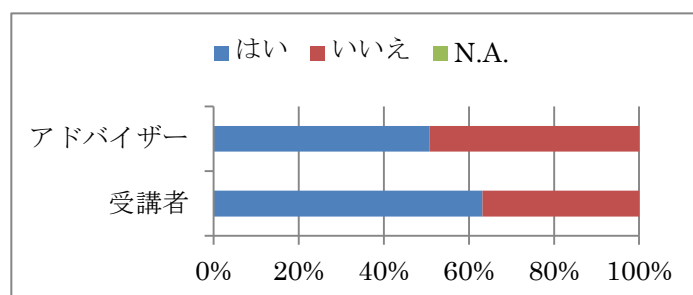
昨年度の OJT 研修の後、周囲からの評価や周囲との関係に変化があったかという問いには、受講者のうち約 4 分の 1 があると回答しており（図表 23）、主として上司からの評価が上昇したり、同僚との連帯感が増した、という結果がみられた（図表 24、25）。また、アドバイザーについては約 3 分の 1 が変化があったと回答しており（図表 23）、主として、同僚や後輩、他事業所のケアマネとの関係が緊密になり、指導者としての意識が強くなったという回答がみられた（図表 24、25）。

OJT の再履修については、受講者は半数近くが再履修を希望したのに対して、アドバイザーは 3 分の 2 近くが再履修を希望しており、指導する側も学ぶ内容が多い研修であったことが裏付けられた（図表 26）。また、全体で 80% 以上の参加者が、後輩に対して OJT 研修の履修を推薦したいと回答しており、本研修の効果に対しての高い評価がみられる（図表 27）。

### (1) 平成 24 年度 OJT 研修に準ずる内容の OJT を自分で実施しているか

図表 22 OJT 研修の実施（個人規模）

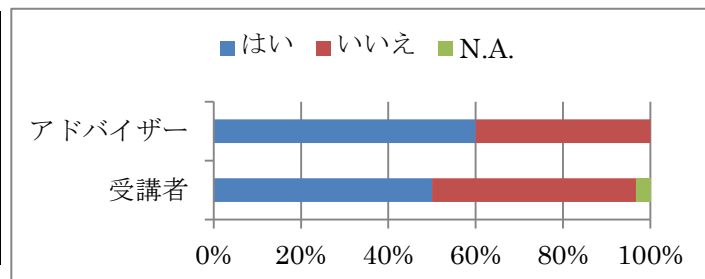
	受講者	アドバイザー
はい	36 (63.2%)	33 (50.8%)
いいえ	21 (36.8%)	32 (49.2%)
N.A.	0 (0.0%)	0 (0.0%)
計	57 (100.0%)	65 (100.0%)



(2) 平成 24 年度 OJT 研修に準ずる内容の OJT を事業所全体で実施しているか

図表 23 OJT 研修の実施（事業所規模）

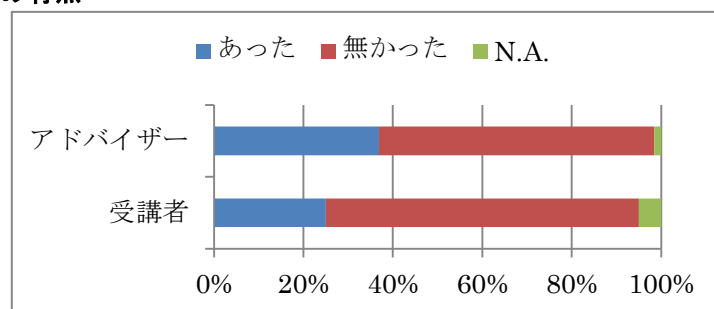
	受講者		アドバイザー	
はい	30	(50.0%)	39	(60.0%)
いいえ	28	(46.7%)	26	(40.0%)
N.A.	2	(3.3%)	0	(0.0%)
計	60	(100.0%)	65	(100.0%)



(3) 平成 24 年度 OJT 研修後、周囲からの評価・周囲との関係の変化

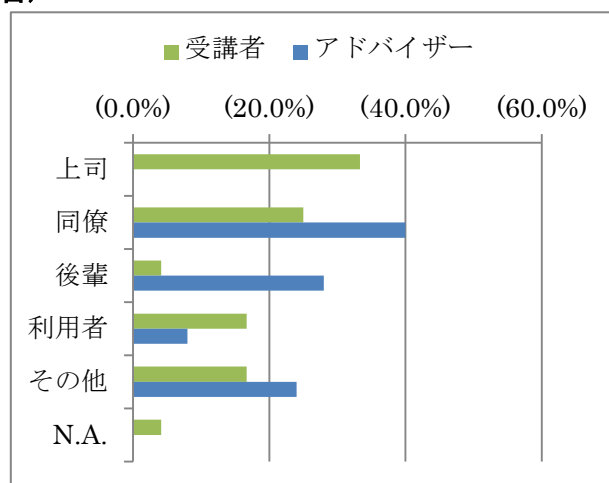
図表 24 周囲からの評価・周囲との関係の変化の有無

	受講者		アドバイザー	
あった	15	(25.0%)	24	(36.9%)
無かった	42	(70.0%)	40	(61.5%)
N.A.	3	(5.0%)	1	(1.5%)
計	60	(100.0%)	65	(100.0%)



図表 25 評価や関係に変化のあった対象（複数回答）

	受講者		アドバイザー	
上司	8	(33.3%)	0	(0.0%)
同僚	6	(25.0%)	10	(40.0%)
後輩	1	(4.2%)	7	(28.0%)
利用者	4	(16.7%)	2	(8.0%)
その他	4	(16.7%)	6	(24.0%)
N.A.	1	(4.2%)	0	(0.0%)



図表 26 評価や変化の内容（自由記述）

【受講者】

学んだことを伝え、共により良く働く意識連帯感が強くなった。  
自信がついてきている。ケアマネの先輩から学んだ事を生かしているのでは・・・との評価を頂いた。

今後事業所内で取り組んでいくべきだと評価あり。
狭い関係ではなく、他のケアマネの動きが判り自信が持てたように見える、と言われました。
利用者を周り全体から見のように心がけていると評価していただいた。
今まで見ていた面だけではなく、いろんな側面から見られるようになった。家族主体のようなところがあったが、利用者本位ということができるようになった。
より具体的にモニタリングをする様になったと言われた。
「だいぶ慣れてきましたね」等、以前よりも自信をもって対応ができるようになり、利用者や家族との関係が良くなった。
受講者の良い点を指摘してもらい、活かせるように努力している。仕事にも意欲を感じました。
他事業所とのつながり（交流）がもてるきっかけになった。（関係性に変化があった）

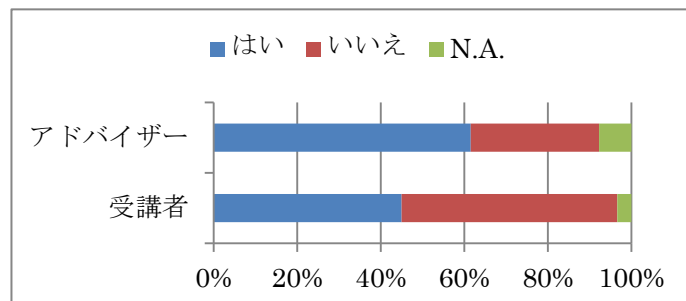
### 【アドバイザー】

この研修より、当事業所の事例検討会に他事業所の CM が参加するようになった。
地域包括支援センターでのケア会議等で協力依頼が増えた。
指導するに当たり、研修時の内容が参考になり、相談が増えた。
他の事業所のケアマネから、相談しても良いのですね、と言われた。
他の部下からもぜひ OJT をやってほしいと希望される
お互いに“指導する”ことや“方法”を意識するようになった。
当事業所の勉強会に活用した為学んでくれたと思う。自分の評価も高くなり、上下関係が取りやすくなった。
当時私が指導係をしていた新任ケアマネジャーも受講者として参加しており、他事業所のアドバイザーがついた時に、指導者としてちゃんと指導できていると言葉をかけられた。
家族の支援が必要なケースなど、他職種（包括支援センター、保険者、権利擁護 etc）との共働が増え、かかえこまずに役割分担してかわりがもてた。
内部研修や事例検討会（事業所内）でケアマネジメントに対する助言等
利用者・家族への配慮、ことば使い等改善されてきた。
話す時のスピード、理解を適切に伝える事ができるようになった。
研修に参加できた事と同行実践を行った事
指導者会議、モニタリング訪問にて利用者との関係が深まり、制度の説明やケアプランの説明の理解が深まった。
ケアマネ同士のコミュニケーションが取りやすくなり、事例検討が行いやすくなった。
「相談しやすくなった」といわれる。

(4) 再度同内容の OJT 研修を受講したいか

図表 27 OJT 研修再履修希望

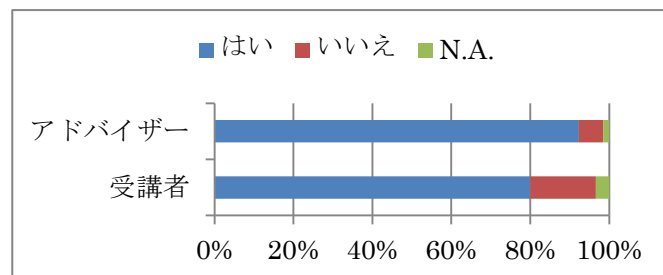
	受講者	アドバイザー
はい	27 (45.0%)	40 (61.5%)
いいえ	31 (51.7%)	20 (30.8%)
N.A.	2 (3.3%)	5 (7.7%)
計	60 (100.0%)	65 (100.0%)



(5) 後輩に同内容の OJT 研修を推薦したいか

図表 28 後輩に対する履修推薦

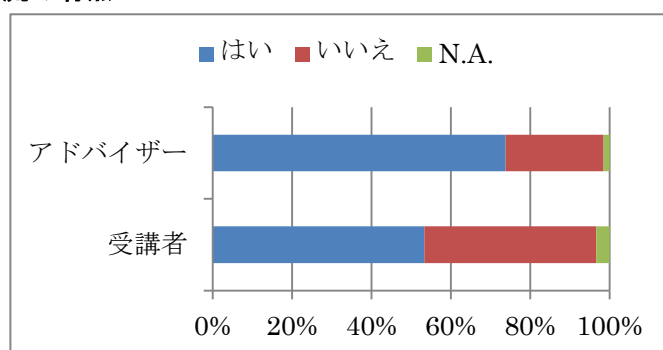
	受講者	アドバイザー
はい	48 (80.0%)	60 (92.3%)
いいえ	10 (16.7%)	4 (6.2%)
N.A.	2 (3.3%)	1 (1.5%)
計	60 (100.0%)	65 (100.0%)



(6) 平成 24 年度 OJT 参加者との継続的な交流

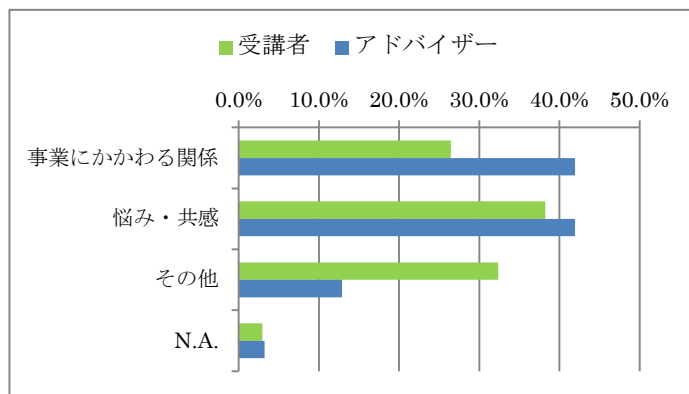
図表 29 平成 24 年度 OJT 参加者との継続的な交流の有無

	受講者	アドバイザー
交流あり	32 (53.3%)	48 (73.8%)
交流なし	26 (43.3%)	16 (24.6%)
N.A.	2 (3.3%)	1 (1.5%)
計	60 (100.0%)	65 (100.0%)



図表 30 交流がある場合の内容(複数回答)

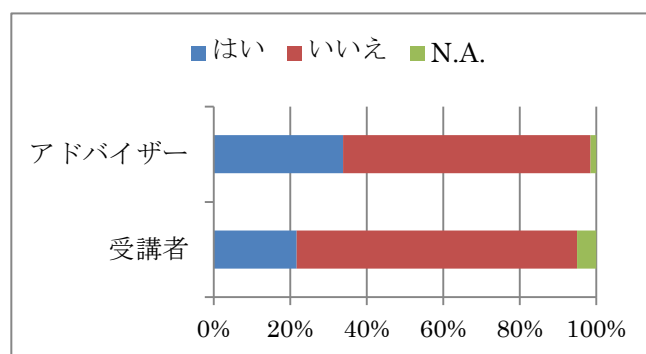
	受講者	アドバイザー
事業にかかわる関係	9 (26.5%)	26 (41.9%)
悩み・共感	13 (38.2%)	26 (41.9%)
その他	11 (32.4%)	8 (12.9%)
N.A.	1 (2.9%)	2 (3.2%)



(7) 平成 24 年度 OJT で使用したポートフォリオを通常業務で活用しているか

図表 31 ポートフォリオの通常業務活用

	受講者	アドバイザー
はい	13 (21.7%)	22 (33.8%)
いいえ	44 (73.3%)	42 (64.6%)
N.A.	3 (5.0%)	1 (1.5%)
計	60 (100.0%)	65 (100.0%)



### 3. ケアマネジメント実践への効果（1年前との比較）

本項冒頭の概要で述べた通り、OJTの継続的な実施が1年後の自己評価に差異を生じさせるか否かについて検証した。その結果、アドバイザーについては、OJTを事業所や本人が継続している場合、ケアプランの作成等、ケアマネジメントに関わる幾つかの項目において、前年より有意に自己評価が向上していた。また、アドバイザーのスーパービジョン力についても、OJTを事業所や本人が継続している場合、モニタリングや利用者とのコミュニケーションに対する自信が1年前より向上し、困難度を低く感じるようになった。

#### (1) 受講者のケアマネジメント実践への効果

ケアマネジメントの実践プロセスに対する効果評価のため、20の設問について、研修の事前・事後、1年後に5段階の自己評価を実施した（設問内容は図表32参照）。

図表 32 ケアマネジメント実践プロセス評価

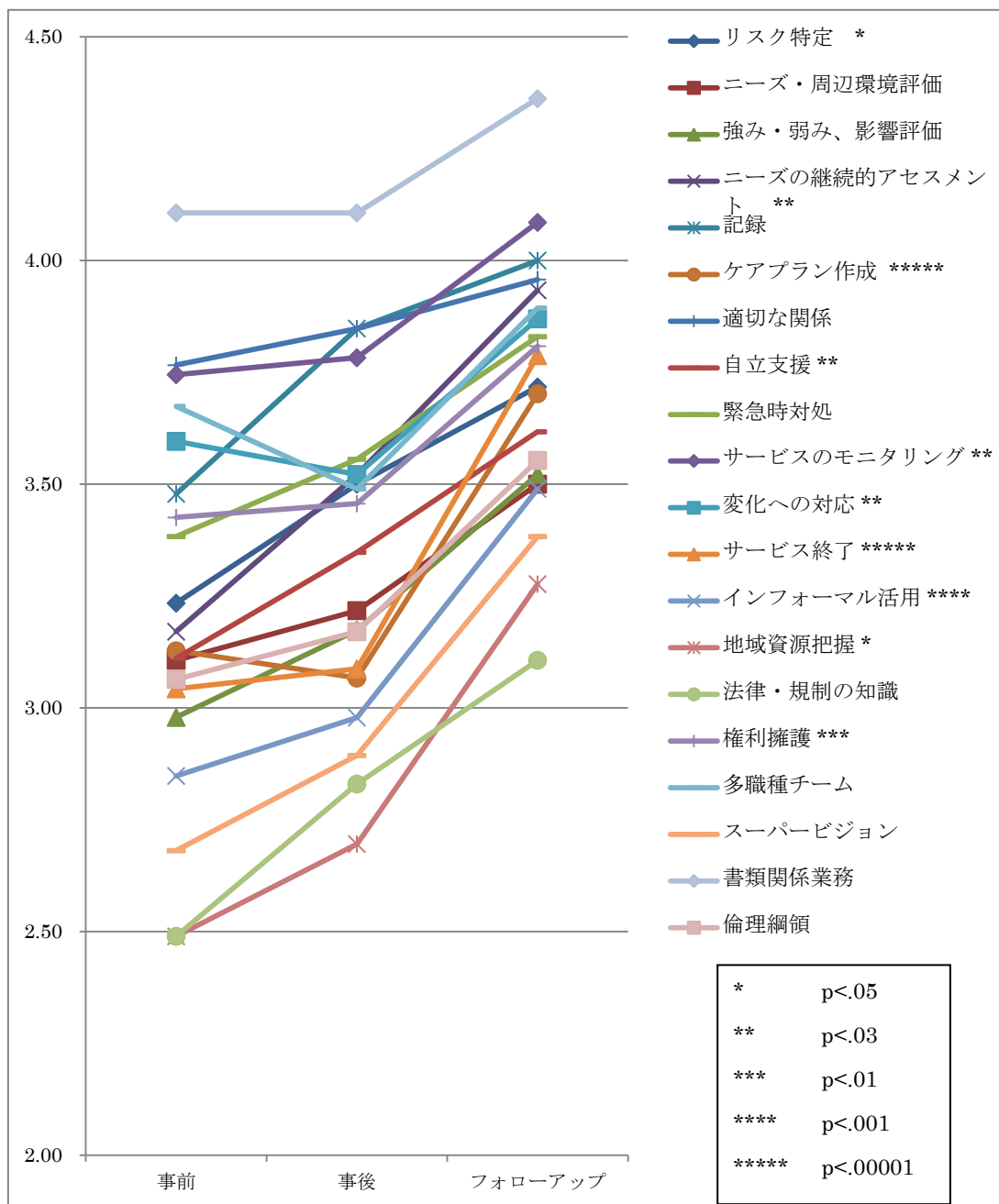
1)	利用者や家族が抱えているリスクを特定する
2)	利用者のニーズや、家族・友人などの周辺環境を評価する
3)	利用者の強みや弱み、そしてそれらが日常生活に与える影響を把握する
4)	利用者のニーズや目標達成に向けた適切なサービス提供が行われているか、継続的にアセスメントを行う
5)	継続的なアセスメントの結果を記録に残す
6)	利用者や家族と協働してケアプランを作成する
7)	利用者との適切な関係性を築き、継続する
8)	利用者の自立を促し、自己決定を支援する
9)	利用者の緊急時に適切に対処する
10)	サービスが利用者のニーズに合っているか確認するため、継続的にサービス提供者や利用者との連絡・調整を行う
11)	利用者のニーズの変化に迅速に対応し、適切にサービスを変更する
12)	サービスの終了が適切な場合に、利用者とともに計画し、手続きを行う
13)	公的資源のみではなく、家族などのインフォーマルな資源も適切に活用する
14)	利用者が利用可能な地域資源について、最新の情報を把握する
15)	利用者へのサービス提供に関連する法律や規制について十分な知識と理解を持つ

16)	適切なサービスが受けられるよう、利用者の権利を擁護する
17)	多職種によるチームの一員として働く
18)	ケアマネジャー自身が適切にスーパービジョンを受ける
19)	重要事項説明、同意取得、ケアプラン交付などの書類関係業務を、利用者に対し適切に行う
20)	日本介護支援専門員協会の倫理綱領等に定められた内容を理解し、実践に活かす

事前・事後・フォローアップアンケートの結果が揃っている 47 名について分析した結果、以下 10 設問において、事後の自己評価から 1 年後の自己評価が有意に向上した (図表 33)。

(; Q1-1 リスク特定、Q1-4 ニーズの継続的アセスメント、Q1-6 ケアプラン作成、Q1-8 自立支援、Q1-10 サービスのモニタリング、Q1-11 変化への対応、Q1-12 サービス終了、Q1-13 インフォーマル活用、Q1-14 地域資源把握、Q1-16 権利擁護)

図表 33 受講者のケアマネジメント実践への効果



※ 2点「あまりできていない」3点「どちらともいえない」4点「まあできている」5点「できている」

## (2) アドバイザーのケアマネジメント実践への効果

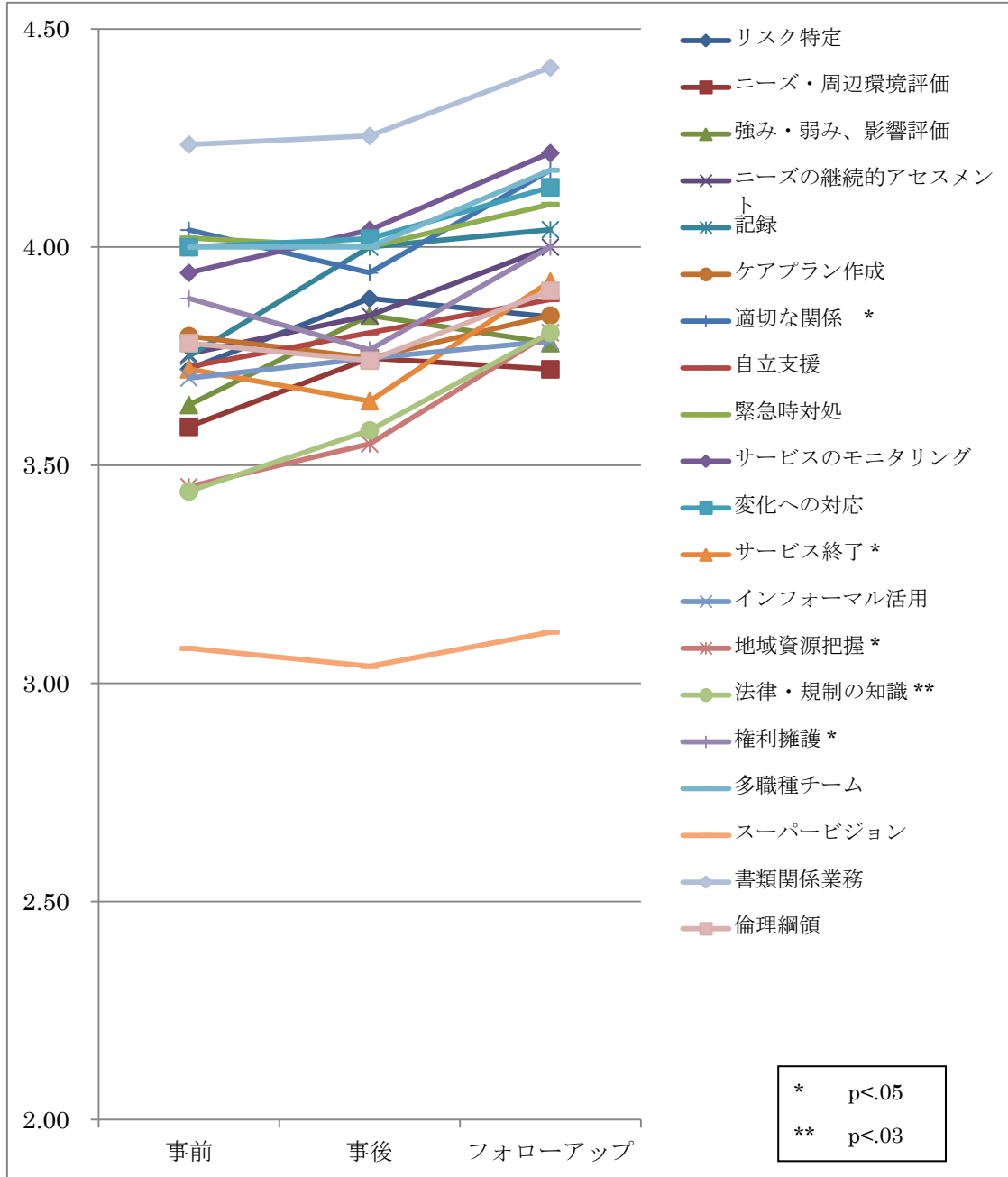
アドバイザーに対しても、受講者同様にケアマネジメントの実践プロセスに対する効果の自己評価調査を事前、事後、研修1年後に実施した。

事前・事後・フォローアップアンケートの結果が揃っている52名について分析した結果、Q1-7 適切な関係、Q1-12 サービス終了、Q1-14 地域資源把握、Q1-15 法律・規制の知識、



Q1-16 権利擁護において、事後の評価から1年後の評価が有意に向上した（図表 34）。

図表 34 アドバイザーのケアマネジメント実践への効果



※ 2点「あまりできていない」3点「どちらともいえない」4点「まあできている」5点「できている」

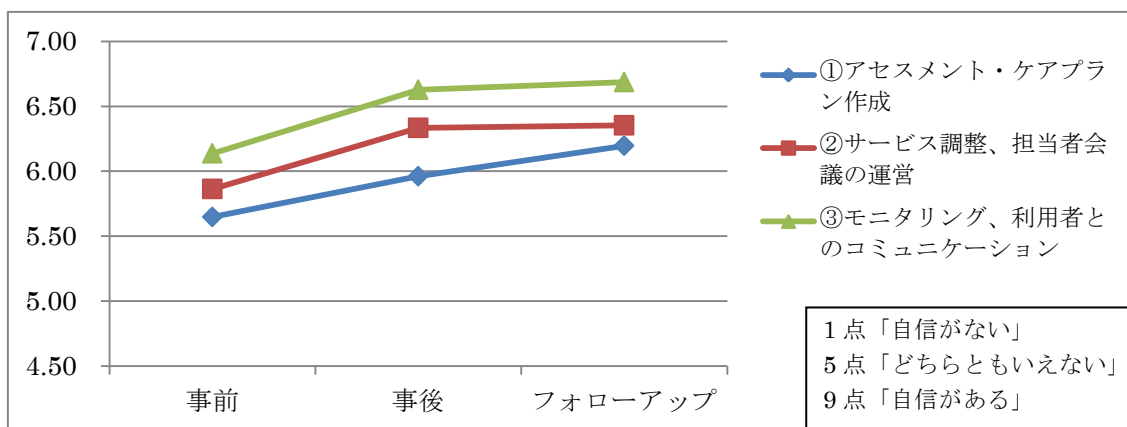
(3) アドバイザーのケアマネジメントに関する助言・指導に対する自信

アドバイザーに対して、①アセスメント・ケアプラン作成、②サービス調整、担当者会議の運営、③モニタリング、利用者とのコミュニケーションについて、どのくらい自信が

あるか9段階評価（1：感じない～9：感じる）を事前、事後、研修1年後に実施した。

その結果、事前事後間では①アセスメント・ケアプラン作成、③モニタリング、利用者とのコミュニケーションについては有意な自信の向上が認められたが、事後の自信と研修1年後の自信の間には有意差はみられなかった。

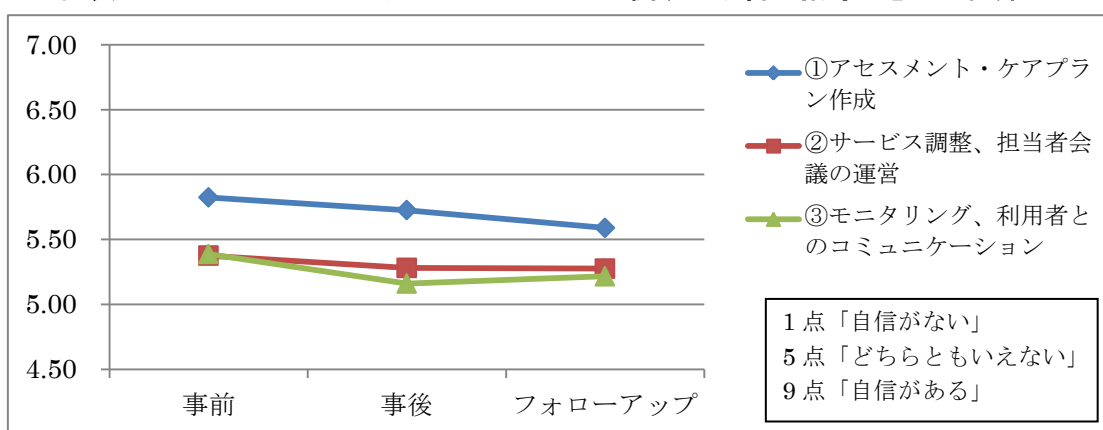
図表 35 アドバイザーのケアマネジメントに関する助言・指導に対する自信



#### (4) アドバイザーのケアマネジメントに関する助言・指導に対する困難さ

アドバイザーに対して、自信と同様に困難さについても①アセスメント・ケアプラン作成、②サービス調整、担当者会議の運営、③モニタリング、利用者とのコミュニケーションについて、どのくらい自信があるか9段階評価（1：感じない～9：感じる）を事前、事後、研修1年後に実施したが、有意な差はみられなかった。

図表 36 アドバイザーがケアマネジメントに関する助言・指導に感じる困難さ



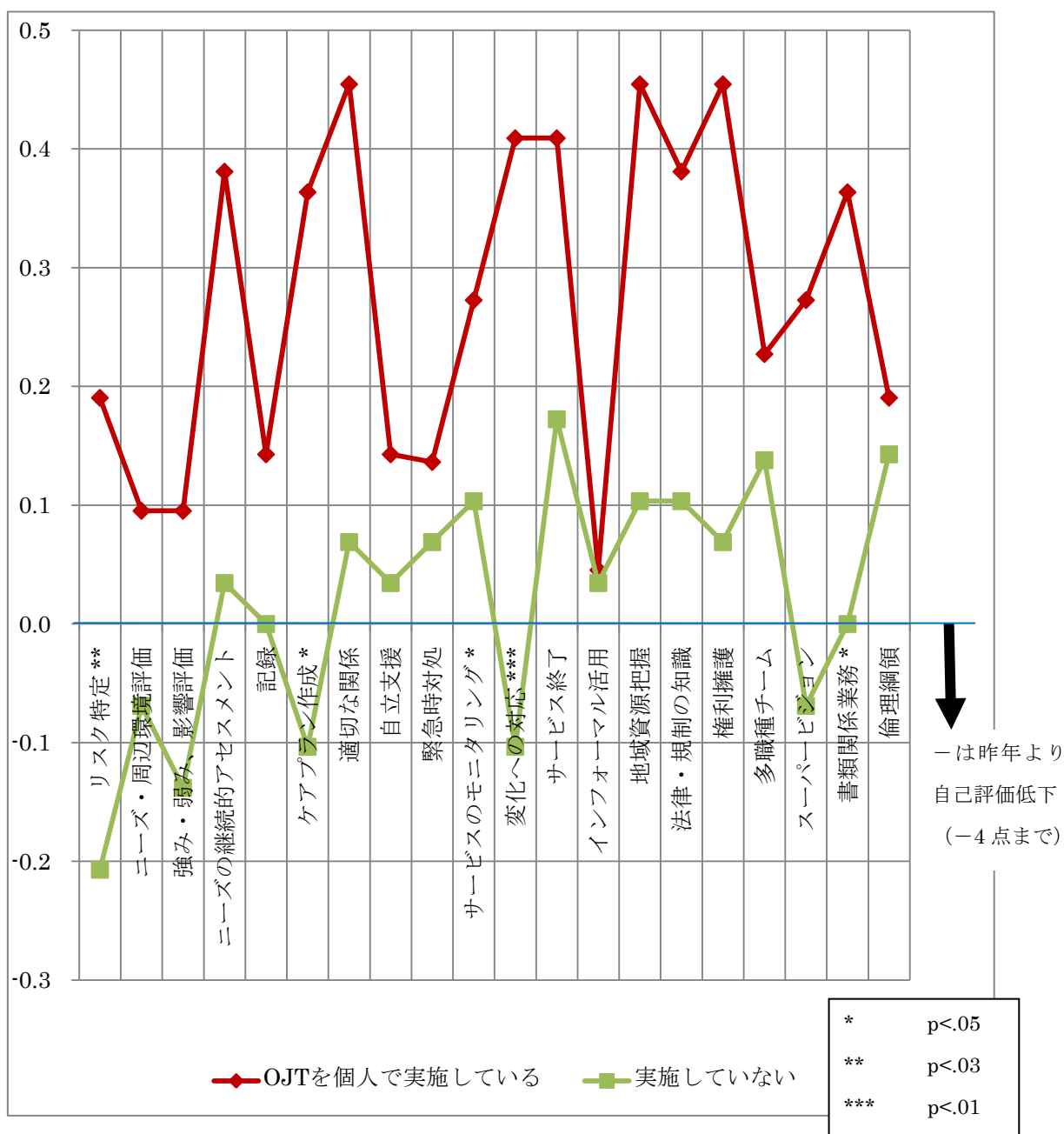
#### 4. OJTの継続的実施が1年後の自己評価に与える影響

##### (1) アドバイザーの自己評価の変化に対して、OJTの個人的実施が与える影響

受講者の実践プロセスに対する効果評価にかかる20の設問について、1年毎研修直後の評価の差を算出し、「1年前からの自己評価の変化」(−4点〜+4点)とした。

「平成24年度OJT研修に準ずる内容のOJTを自分で実施しているか」という設問に対して実施しているか否かで、自己評価の変化に差があるか検証したところ、Q1-1 リスク特定、Q1-6 ケアプラン作成、Q1-10 サービスのモニタリング、Q1-11 変化への対応、Q1-19 書類関係業務の5項目で、有意に自己評価の向上がみられた。

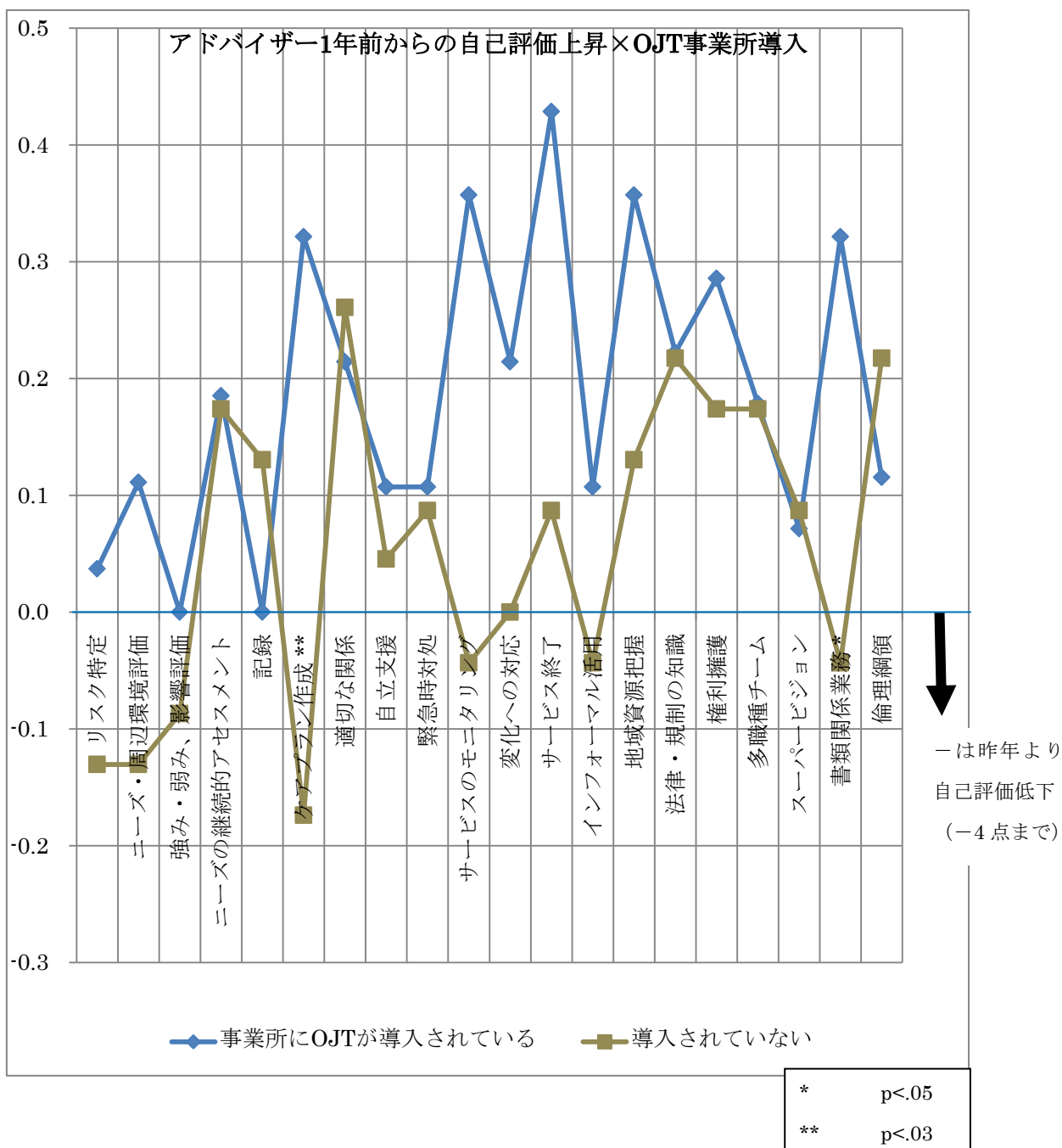
図表 37 アドバイザーの自己評価の変化に対して、OJTの個人的実施が与える影響



(2) アドバイザーの自己評価の変化に対して、事業所における OJT が与える影響

「平成 24 年度 OJT 研修に準ずる内容の OJT を事業所全体で実施しているか」という設問に対して実施しているか否かで、自己評価の変化に差があるか検証したところ、事業所で OJT を実施している者の自己評価がそうでない者に比べ、Q1-6 ケアプラン作成と Q1-19 書類関係業務の 2 項目で、有意に自己評価の向上がみられた。

図表 38 アドバイザーの自己評価の変化に対して、事務所における OJT が与える影響

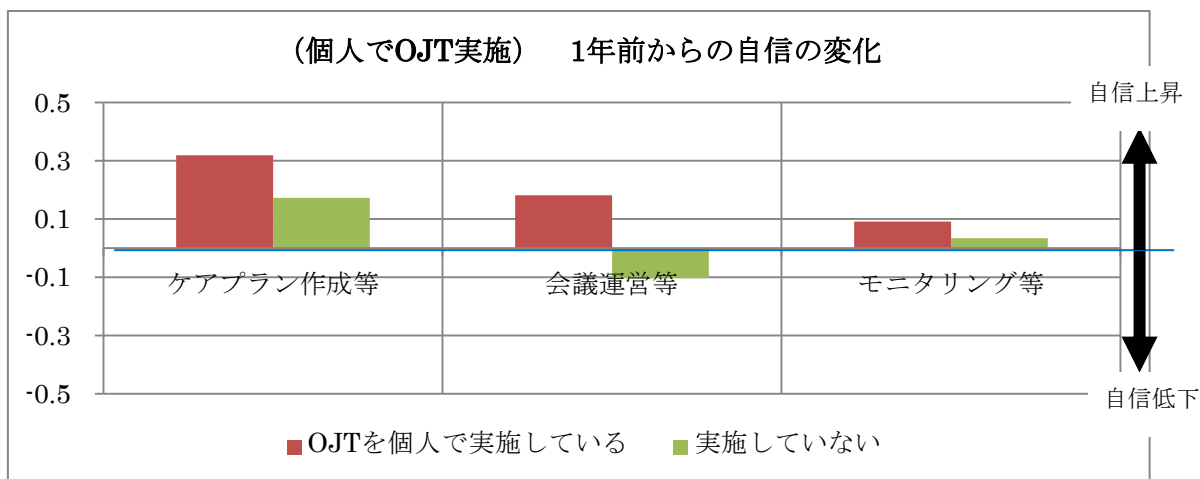


(3) アドバイザーのケアマネジメントに関する助言・指導に対する自信の1年間の変化に対して、OJTの個人的実施が与える影響

アドバイザーに対して、①アセスメント・ケアプラン作成、②サービス調整、担当者会議の運営、③モニタリング、利用者とのコミュニケーションについて、どのくらい自信があるか測定した9段階評価（1：感じない～9：感じる）について、研修1年後と事後の値の差を算出し、「1年前からの自信の変化」とした（-8～+8点）。

「平成24年度OJT研修に準ずる内容のOJTを自分で実施しているか」という設問に対して実施していると回答した者が、いずれの設問においても、自信の向上度において実施していない者を上回った（いずれの項目でも有意差はみられなかった）（図表39）。

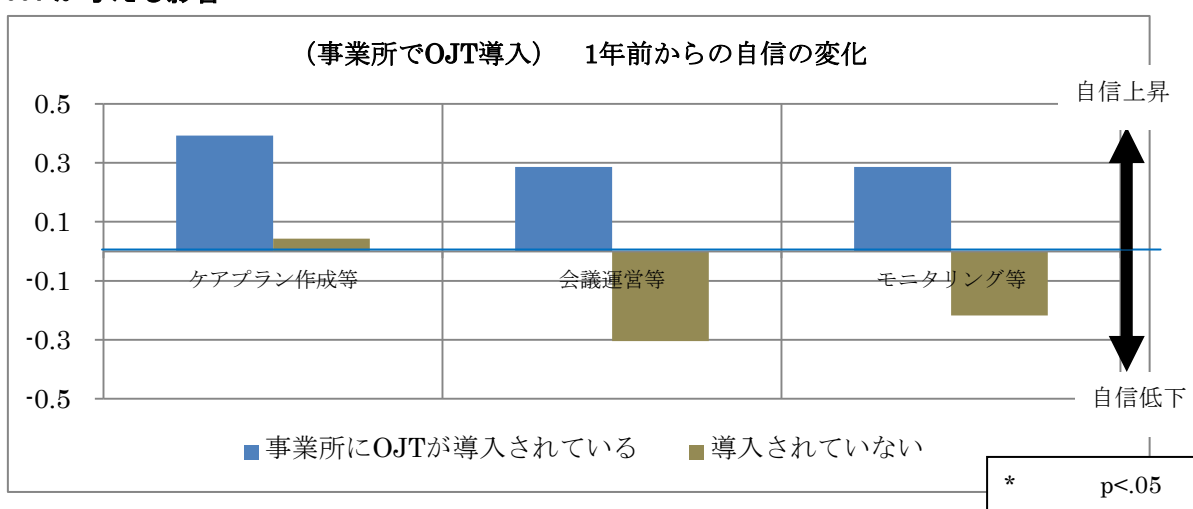
図表 39 アドバイザーのスーパービジョンに対する自信の変化に対して、OJTの個人的実施が与える影響



(4) アドバイザーのケアマネジメントに関する助言・指導に対する自信の1年間の変化に対して、事業所におけるOJT実施が与える影響

「平成24年度OJT研修に準ずる内容のOJTを事業所全体で実施しているか」という設問に対して実施していると回答した者が、いずれの設問においても、自信の向上度において実施していない者を上回り、「モニタリング、利用者とのコミュニケーション」では有意差がみられた（図表40）。

図表40 アドバイザーのスーパービジョンに対する自信の変化に対して、事業所におけるOJTが与える影響

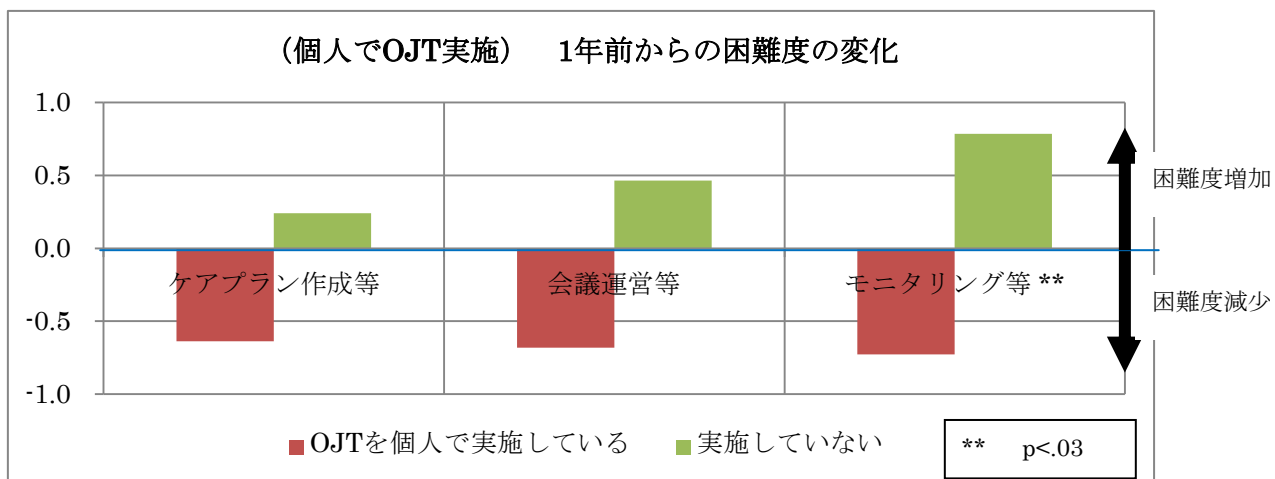


(5) アドバイザーのケアマネジメントに関する助言・指導に対する困難度の1年間の変化に対して、OJTの個人的実施が与える影響

アドバイザーに対して、①アセスメント・ケアプラン作成、②サービス調整、担当者会議の運営、③モニタリング、利用者とのコミュニケーションについて、どのくらい困難を感じるか測定した9段階評価（1：感じない～9：感じる）について、研修1年後と事後の値を算出し、「1年前からの困難度の変化」とした。

「平成24年度OJT研修に準ずる内容のOJTを自分で実施しているか」という設問に対して実施していると回答した者は、いずれの設問においても、困難度は減少したと回答しているが、実施していない者は、研修直後よりも困難を強く感じるようになった(図表41)。

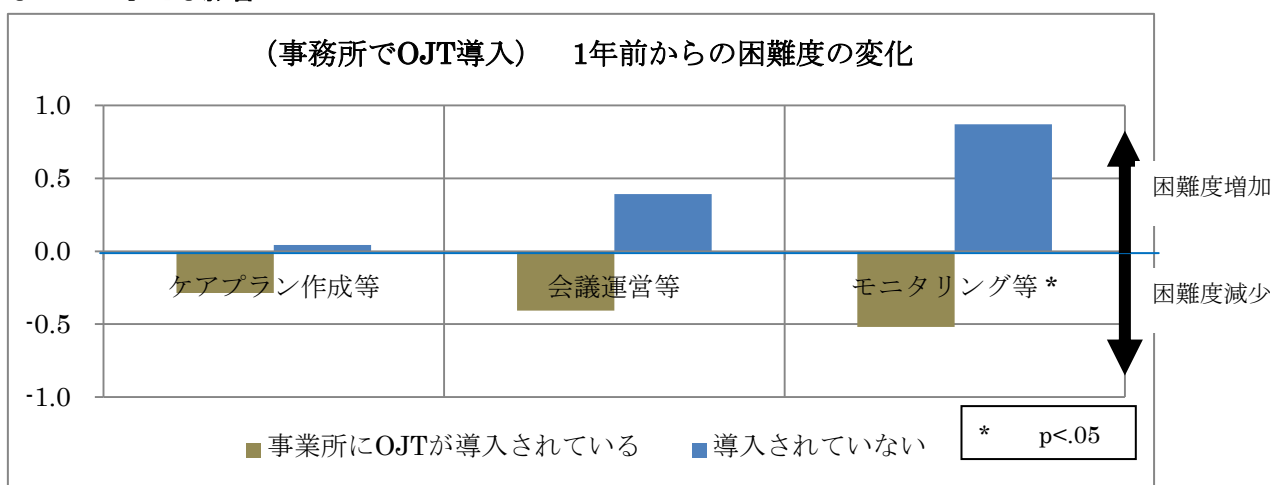
図表41 アドバイザーのスーパービジョンに関する困難度の変化に対して、OJTの個人的実施が与える影響



(6) アドバイザーのケアマネジメントに関する助言・指導に対する困難度の1年間の変化  
 に対して、事業所におけるOJT実施が与える影響

「平成24年度OJT研修に準ずる内容のOJTを事業所全体で実施しているか」という設問に対して実施していると回答した者は、いずれの設問においても、困難度は減少したと回答しているが、実施していない者は、研修直後よりも困難を強く感じるようになった(図表42)。

図表42 アドバイザーのスーパービジョンに関する困難度の変化に対して、事務所におけるOJTが与える影響





## 第5章 ピアスーパービジョン研修の導入による主任介護支援専門員の質の担保

### 1. 目的

主任介護支援専門員のバイザー体験を担保するとともに、基礎的なスーパーバイザー体験も演習として体験することを目的として、同レベルの介護支援専門員の組み合わせによるピアスーパービジョン研修を開発した。主任介護支援専門員養成研修にピアスーパービジョン研修が導入されることを想定している。

### 2. 対象

主任介護支援専門員養成研修の受講者を対象とする。

主任介護支援専門員養成研修における「スーパービジョン」の演習の具体的な方法として導入されることを想定している（図表4-3）。

図表 43 主任介護支援専門員研修におけるピアスーパービジョン研修の位置づけ

#### ■主任介護支援専門員研修 新カリキュラム(案)

① 主任ケアマネの役割と視点	講義	5時間
② ケアマネジメントと主任ケアマネの倫理	講義	2時間
③ ターミナルケア	講義	3時間
④ 人材育成と業務管理	講義	3時間
⑤ 運営管理におけるリスクマネジメント	講義	3時間
⑥ コミュニティソーシャルワーク	講義・演習	6時間
⑦ ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実現	講義・演習	6時間
⑧ スーパービジョン	講義・演習	18時間
⑨ 個別事例を通じた指導・支援の展開	講義・演習	24時間

※ 出典：厚生労働省パブリックコメント募集サイト「介護保険法施行令第三十七条の十五第二項に規定する厚生労働大臣が定める基準の一部改正(案)に関する意見募集について」

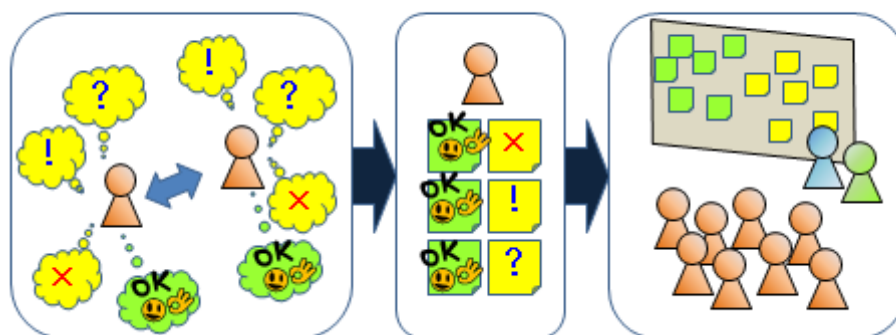
### 3. ピアスーパービジョン研修の概要

参加者同士がペアになり、バイザー役が持参したアセスメントとケアプランについて、バイザー役がアドバイスを行う（ピアスーパービジョン）。1セッション終了後、バイザー役はバイザー役、バイザー役はバイザー役に代わり、さらに参加者の組み合わせも変更して同様の手順でセッション2を行う。

バイザー役は、各セッション終了後に、自分が受けたスーパーバイズについて良かった点、疑問に思った点をメモに書き出して提出する。全セッション終了後、バイザー役から提出された感想について講師が総評を行う。

図表 44 ピアスーパービジョン研修の進行

- ① バイザー役はペアとなるバイジー役の参加者が持参した事例を読み込み、良い点、不足している点をメモする(30分)。
- ② 2人1組となり、バイザー役がバイジー役の持参事例についてスーパーバイズを行う。(30分)
- ③ バイジー役は、バイザー役のSMについて良いと思った点、疑問に思った点をメモに書き出す(5分)
- ④ 別の人と組み合わせになり、②と③を繰り返す。(35分)  
※ すべての参加者がバイザー役・バイジー役を経験する。
- ⑤ ロールプレイ後にバイジー役の感想を集め、講師がコメントする。(15分)



#### 4. パイロット研修報告

ピアスーパービジョン研修の効果を検証するためのパイロット研修を以下要領にて実施した。本パイロット研修では、ピアスーパービジョン自体の効果検証の他に、参加者属性の組み合わせによる違いの検証も行った。このため、事前に参加者属性ごとに事務局側でマッチングを行い、属性がほぼ同じ者同士、地域包括と居宅、居住地域による違い、看護師と看護師以外、などのさまざまな組み合わせにより、ピアスーパービジョンの効果にどのような差異が現れるかを検証した。

目的	①参加者のスーパーバイザー体験は担保されるか検証する ②参加者の属性組み合わせごとによるピアスーパービジョンの効果の差異を検証する
日程・会場	1月24日(金) 18時～21時 桜美林大学大学院 四谷キャンパス 308 教室 (東京都新宿区四谷1丁目21) <a href="http://www.obirin.ac.jp/access/index.html">http://www.obirin.ac.jp/access/index.html</a>
対象・人数	研修講師候補の認定ケアマネージャー 8人
講師	主講師：白木 裕子 副講師：奥田 亜由子

1) 準備

事務局	以下①・②を事前に参加者に依頼する。
研修参加者	①テキスト参考資料3「ケアマネジメント業務の考え方と研修の進め方」を復習する。 ②事例としてアセスメントとケアプランを各2部コピーして当日持参する（第2部で使用）。

2) 進行

17:30 17:40	研修の進行	5分	事務局
17:40 18:25	ペア持参事例の読み込み	45分	自分のバイザーとなる参加者の持参事例を読み込み、ポストイットに良い点、不足している点を書き出す
18:27	演習1 ピアスーパービジョン1 ピアスーパービジョン	30分 5分	バイザー役がバイザー役の持参事例に対してアドバイス。 互いに気づいた点をポストイットに記録する SVについて良かった点・疑問に思った点をポストイットにメモし、バイザーだけ事務局に提出する
19:02	ペア交代・休憩 (13分)		
19:15	演習2 ピアスーパービジョン2 ピアスーパービジョン	30分 5分	バイザー役がバイザー役の持参事例に対してアドバイス。 互いに気づいた点をポストイットに記録する SVについて良かった点・疑問に思った点をポストイットにメモし、バイザーだけ事務局に提出する
19:50	休憩 (5分)		
19:55 20:10	感想・講師総評	15分	
20:10 20:30	ヒアリング	20分	講師・事務局
20:30 20:35	閉会・事務連絡		講師・事務局

※ 良い点を記入するポストイットと不足している点を記入するポストイットは色を分けた。

※ ポストイットには受講番号をあらかじめマークしておき、研修後に参加者属性による意見の相違を確認した。

※ 演習1・2のバイザー役・バイジー役と組み合わせは事前に講師が設定した。

### 3) 参加者ヒアリング結果

#### (1) 主任研修への導入について

- ▶ 主任研修を受講する頃(5年目)だと、バイジー体験の記憶が希薄になっており、思い出すために効果的だと思う。
- ▶ 受講者が施設内で管理者の立場だと自分の事例を提出することが難しいかもしれない。
- ▶ 参加者任せにせず、スーパーバイズのやり方を受講者に示した方がいい。
- ▶ 認定ケアマネジャーレベル同士だと非常にやりやすいが、新人主任同士だと緊張感があるだろう。どこまで気づきが得られるか、不安に思う。
- ▶ アセスメントとケアプランの様式が自分の施設と異なるので、読み込みに時間がかかった。新人ケアマネジャーにとっては難しいと思う。
- ▶ 主任研修で実施する場合は、誘導的なスーパービジョンにならないようにコントロールすることが難しいかもしれない。

#### (2) バイザー役・バイジー役の順序について

- ▶ 先にバイジー役を体験してからバイザー役となる方がやりやすい(同意見多数)。
- ▶ 先にバイザー役を体験してからバイジー役を体験すると、バイザー役を客観的に観察、評価することができる

#### (3) 役割別感想

- ▶ 素直に自己開示をしないと研修受講の意味がない。
- ▶ 演習開始時に、バイザー役から「自分で感じている課題は何？」と言葉をかけてもらうとやりやすかった(バイジー役)
- ▶ バイザー役は、バイジー役が関わりやすいような姿勢を見せることが大事。
- ▶ バイジー役に力があるとバイザー役も学びが大きい。
- ▶ バイジー役を経験することで、(今回の演習に限定せず、通常業務の中で)バイザーとしての感情コントロールをどのようにしたらよいかの気づきにつながった。

#### (4) 「スーパービジョン」という用語にかかるハードル

- ▶ 「事例を一緒に見つめる」という意味では、ピアスーパービジョンも事例検討も

同じ思考プロセスを経る。「スーパービジョン」という名前だけでも尻込みする人がいるので、「事例検討演習」の名称の方が低いハードルで実施できると思う。

- スーパービジョンというと「質問攻めにあうのではないか」という誤解がある。

#### 4) 参加者の属性組み合わせごとによるピアスーパービジョンの効果の差異

参加者組み合わせごとに、バイジー役から提出された感想内容を以下に示す。事前の仮説では、地域包括支援センターと居宅等事業所の組み合わせや異なる職種同士の組み合わせではバイジーがスーパービジョンに不足を感じる場合があるのではという予測があったが、以下の通り、属性組み合わせの違いによる感想の差異はみられなかった。

	バイザー属性	バイジー属性	組み合わせ特徴	バイジーとして、バイザーに対する総評 (◎良いと思った点、●疑問に思った点)
1	【介護福祉士・特定Ⅱ・大規模事業所】	【MSW・歯科衛生士・特定Ⅱ】	類似	◎本人支援のための視点を気づけた。介護負担の軽減の先に何があるのか、など。 ◎医療連携において複数の医療機関にかかることでの悩みを引き出され、気づいた。 ◎1つ1つ承認された上で、要約して返してもらい、気づくことがいっぱいあった。
2	【NS・MSW・特定Ⅰ】	【NS・保健師・介護福祉士・特定Ⅰ】	類似	◎最初にどんなケースで何が課題かを、私に語らせてくれた。 ◎会話のスピード、間、など、とても話し易い雰囲気になってくださった。 ◎特に課題としていたADLにスポットを当ててくれた時は、具体的な質問をしてくれた。 ◎「自宅での生活」が本人の望みだった、と気づくような質問をしてくれた。 ◎別居の孫の役割にも目を向けた質問をしてくださった。 ◎疎遠になっている家族にも、今後関わってもらおうべきか、と気づかせていただいた。
3	【NS・保健師・介護福祉士・特定Ⅰ】	【NS・特定なし】	特定⇒特定なし	◎やりがいのあるケースだったので、その点を聞き出してきて満足感で終わった ◎地域との関係性が希薄な中での介護者支援の必要性を提示してくれた ◎利用者の願いをまとめながら将来のリスクに向けた思考のヒントがあった ◎「課題が何なのか」私の意見を聞いてくれた ◎CMとして利用者家族とどのように接して(向き合っ)いたのか、聞き出してくれた
4	【MSW・歯科衛生士・特定Ⅱ】	【包括】	特定Ⅱ⇒包括	◎本人と夫の生活歴についても聞いてくださることにより、夫への支援の難しさを再認識することができた。ケアマネジメントの難しさがどこにあるか、整理することに役だった。 ◎とても穏やかな雰囲気ですーパーバイザーが進行して下さり、話しやすかった。

				◎現在利用中のサービスの利用状況、今後予測される課題について、質問して下さったことで、課題をどのような方法で解決すべきか考え、答えを出すことができ、充たされた気もちになった。
5	【NS・特定なし】	【MSW・包括】	NS⇒MSW 居宅⇒包括	◎ケースとしては検討しづらい内容とは思いますが、CMとしての想いを聞いてくれた⇒会話技術(スピーチ、視線の持っていき方、等)がとてもよかった ●ケアプランやサービス提供事業者との関わりは、聞かれなかったが大丈夫(適切だったか?)だったかな? ◎気づかない視点を気づかせる手法が具体的な例を出して話される⇒不足部分の情報だけでなく、「視点」も勉強できた。 ◎話(情報)を引き出すのが上手でした⇒ゆっくり聞いてくれるので会話しやすかったです。
6	【MSW・包括】	【NS・MSW・特定I】	包括⇒特定 MSW⇒NS	◎ゆっくりと話しやすい間合いを取っていただき、実は…と関係ある新しい話もしたくなった。 ●読み込む時間も短いので、やや話があちらこちらとんでいった。 ◎短期目標の取り方として少し考えてみたら良いのかと、指摘ではなく、大変ですねと言いながら気づかされた。 ◎息子さんが老いを認められていないという話題の際に、息子さんの死生観について問われ、そのような考えも聞いておこうと考えた。 ◎本人と息子さんの2人暮らしであるが、亡くなった夫への配慮も、家族の信頼を得るのではと気づかされた
7	【包括】	【介護福祉士・特定II・大規模事業所】	包括⇒大規模事業所	◎全体を通して共感と受容を感じることができました。 ◎本人はどんな人か、本人像に焦点を当てた質問をしていただき、改めて、本人に焦点を当てることを再確認できた。 ◎できることに着目している、好きなこともよくわかっている、良くわかっているよと誉めていただき、嬉しかった。 ◎短く、ポイントを絞っての質問で、ケースを振り返りパイプとしての発言を多くさせていただき、ケースについて共有していただいたという(共感)満足感がありました。 ◎医療との連携やサービスの調整、家族介護の負担等、ケアマネジャーのアセスメントのポイント視点で質問があり、アセスメントのポイントの再確認ができた。
8	【包括】	【包括】	包括同士	◎判断の根拠を聞いていただけてよかった ◎全体的な視点から質問していただき、改めて利用者の考え方の特性に気づくことができた ◎「～について状態が良くわかります」と具体的にできているところを示して頂き、理解しやすい ◎ニコニコとした優しい表情なのでリラックスして話せた。

注) NS=看護師、MSW=社会福祉士、包括=地域包括支援センター、特定I/特定II=特定事業所加算I/II

## 終章 今後に向けた提言

### 1. 調査結果の総括

介護支援専門員の在り方が問われる中、これまで介護支援専門員の人材育成基盤は脆弱であり、特に少人数の事業所では OJT の機会を確保することが難しい。さらに現行の法定研修のような座学中心で一時的な研修のみでは、実践的な機会に乏しい実情があった。

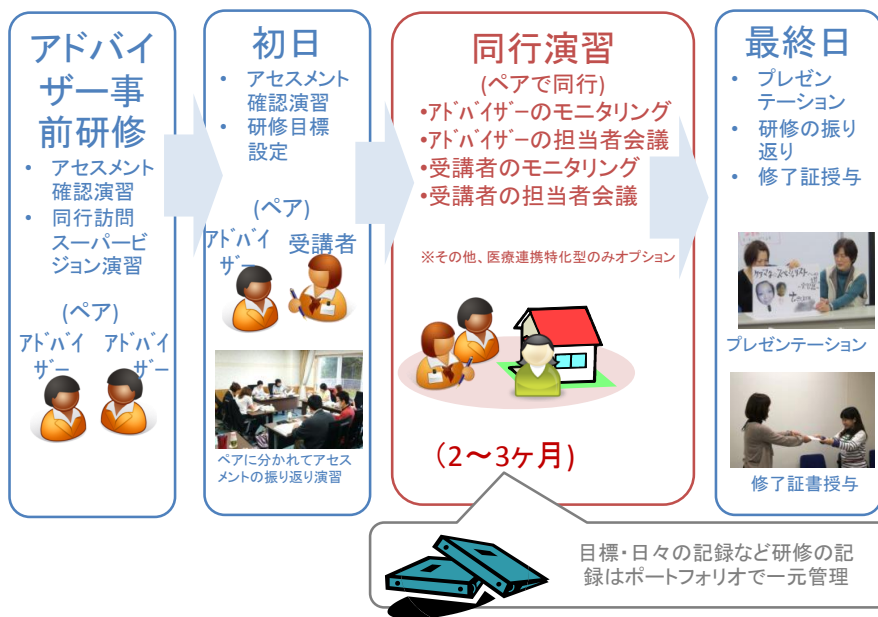
そこで本調査研究では、平成 23 年度から地域において介護支援専門員のアドバイザーチームを組織し、OJT に近い形態での個別化された実習型研修として、「地域同行型実地研修」を開発した。

このプログラムの特徴は、実習形式 (Interning)、事業所を超えた (Inter-Organizational)、個別化された (Individualized)、相互研鑽 (Inter-educational) という「4 つの“I” (アイ)」である。これらは従来型の法定研修には具備していない特徴である。

地域同行型実地研修のプログラム構成は、アドバイザーのスーパービジョンの質を平準化するため事前研修、受講者のケアプランをアドバイザーとともにアセスメント部分から確認する初回全体研修と、アドバイザー・受講者それぞれのケースの担当者会議及びモニタリング訪問への同行を含む 4 回の実習形式の研修 (個別同行実習)、ならびに振り返りのプレゼンテーションを行う最終日全体研修である。事業所の異なるアドバイザーと受講者が対になり、個別的に指導をすることで、相互に実践力や指導力の向上を目指す内容となっている。

図表 45 地域同行型実地研修概要 (再掲)

## 「地域同行型実地研修」概要



本年度（平成 25 年度）は、本プログラムを平成 27 年度から研修体系に導入するための具体的な検討を進めた。前年度までは運営主体として市町村のみを想定していたが、全国の自治体や運営実施団体に対するヒアリングにおける意見を反映して、都道府県を主体とするモデルを構築し、地域の実情に即して市町村モデルか都道府県モデルのいずれかを選択できるような体制に発展させた。

また、平成 24 年度調査において課題として挙げた、受講者とアドバイザーの適切なマッチングや研修講師の確保、余裕のある期間設定等の運営についても見直しを行った。

さらに、平成 24 年度調査において課題として挙げた、アドバイザーのスーパービジョン力の向上、マニュアル類等について見直しを行った。アドバイザーに対しては、同行研修の約 1 カ月前に実施する事前研修の内容を充実させて、本番を想定したロールプレイを視聴することで実際のアセスメント確認や同行についてイメージを高めるとともに、スーパービジョンの基礎を確認するプログラムを導入した。また、テキストやマニュアルについては内容の充実を図るとともに、アドバイザーのスーパーバイズと受講者の自己評価を支援するため、新たに「サービス担当者会議」と「同行訪問モニタリング」の各状況で活用できる評価ツールを作成し、既に導入していた「アセスメント確認ツール」と併せて「スーパービジョン支援ツール」としてテキストに添付した。

アドバイザー事前研修及びスーパービジョン支援ツールの検証のため、研修講師候補 8 名を招へいして平成 26 年 1 月にパイロット研修を行ったところ、いずれも研修参加者から高い評価を得た。さらに OJT 研修自体の効果測定として、平成 24 年度調査参加者に対して平成 25 年 9 月から 10 月にかけて郵送による追跡調査を行った。研修終了後も自身や事業所内で OJT を続けていた場合には、ケアマネジメントに関するいくつかの項目で、有意に自信が向上していることが示された。

また、アドバイザーのスーパービジョン力担保の検討を進める中で、本来であれば主任介護支援専門員の資格を取得する前の段階で既にバイジー体験があるべきところ、バイジー体験のない主任介護支援専門員が多く存在することが指摘された。そこで、介護支援専門員のスーパービジョン力を伸ばすための追加プログラムとしてピアスーパービジョン研修を作成した。この研修の実施により、主任介護支援専門員のバイジー体験を担保するとともに、基本的なスーパーバイズ（教える）体験についても、演習によって経験することが可能となる。研修講師候補 8 名を招へいして平成 26 年 1 月にパイロット研修を行い、この研修の実効性を検証したところ、研修参加者から高い評価を得た。



## 2. 地域同行型実地研修及びピアスーパービジョン研修の制度化に向けた提言

介護支援専門員の資質の向上は要介護高齢者の安心な在宅生活を導くものであり、また適切なアセスメントに基づくニーズ把握とサービス調整を通じ介護保険制度の適切な利用をもたらす。そのため個々の介護支援専門員の持続的な人材育成システムが求められる。

人材育成システムにおいては、特に主任介護支援専門員の機能強化とともに検討する必要がある。主任介護支援専門員には「介護支援専門員に対するスーパーバイズ、地域包括ケアシステムを実現するために必要な情報の収集・発信、事業所や職種間の調整といった役割」が求められており、スーパーバイズの役割を一層進めるために資質の向上を図ることが必要とされている<sup>1</sup>。日本ケアマネジメント学会としても、介護支援専門員のキャリアステップとしてスーパーバイザーを位置付けており、主任介護支援専門員はスーパーバイザーとしての機能を担うべきと考える。

スーパーバイザーになるには、質の高いケアマネジメントを展開できるようになるとともに、教える力を身につける必要がある。教える力を身につけるには、自らが育成される経験（つまりバイジー経験）を経ることも重要である。なぜならば育成される経験を積むことにより、どのような育成や指導が有効かを体感できるからである。地域の主任介護支援専門員がスーパービジョンを実践する場を意図的に設定することで、「教えてもらう」→「独り立ちする」→「教える立場になる」という人材養成の循環構造を地域単位で形成できる。

本年度、OJTに近い形態での個別化された実習型研修として発展させた「地域同行型実地研修」では、前項の通り、テキストやツールの改訂と同時に運営体制に柔軟性を追加し、さらにアドバイザーの質の平準化のための「ピアスーパービジョン研修」も併せて実施する体制とすることで、人材育成の循環システムをさらに強化する仕組みを具現化した。

地域同行型実地研修については、研修参加を主任介護支援専門員の資格更新要件とすること、また、ピアスーパービジョン研修については、主任介護支援専門員の養成研修の1カリキュラムとして採用することを提案する。

地域同行型実地研修及びピアスーパービジョン研修を介護支援専門員の研修体系に組み込むことにより、広く介護支援専門員の人材育成に繋がることを願っている。

---

<sup>1</sup> 厚生労働省「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討

地域同行型実地研修及びピアスーパービジョン研修の制度化の具体的なイメージは次の通りである。

## 1)地域同行型実地研修

### ● 対象

#### ➤ アドバイザー

- ◇ 主任介護支援専門員。主任介護支援専門員更新研修実施後は、同更新研修の受講予定者。
- ◇ アドバイザーとしての実習プログラム参加を、主任介護支援専門員の資格更新要件の一つとする。
- ◇ 資格更新要件の一つとすることにより、単なる実務経験5年以上の要件では、主任介護支援専門員の実務能力のばらつきが大きいのが、実習を重ねることで主任介護支援専門員全般の質の平準化に繋がる。

#### ➤ 受講者

- ◇ 主任介護支援専門員研修受講前の介護支援専門員。
- ◇ 実践の中で業務に就いて1年程度が経過し、介護支援専門員の専門職としての業務に対する課題意識を持ち始める層が望ましい。
- ◇ 受講者としての実習プログラム参加を、主任介護支援専門員の資格取得要件の一つとする。
- ◇ バイザー（受講者）としての経験を積んだケアマネジャーがバイザーになることで、次世代の人材育成へと循環させることができる。

#### ➤ 実習協力施設

- ◇ 主任介護支援専門員が在籍する特定加算取得事業所には地域のケアマネジャー育成の義務を課し、実習協力施設として、主任介護支援専門員の実習プログラム参加を支援する。
- ◇ 特定加算取得事業所の加算は、実習協力の対価として明確に位置付ける
- ◇ その他実習協力施設についても、地域ケアの質の向上に対して貢献した施設として、施設名を公表する（例：自治体のホームページ上に施設名を表示）
- ◇ 本研修に参加した職員がOJTやスーパーバイズのノウハウを事業所に導入することにより、事業所内の人材育成に大きく寄与することが期待できる。

また、運営面については、本来は市町村保険者が地域ケアマネジメント力強化の観点から、主体的な役割を担うことを期待しているが、現実的な運営を可能とするために、地域ごとに2つのモデルから選択できるような仕組みとしている。運営のイメージは以下の通り。

- 運営主体

- 地域の実情に応じて、市町村保険者もしくは都道府県が主体となる

- 運営事務局

- 都道府県モデルにおいては、法定研修受託団体が運営事務局を担うものとする。
- 市町村モデルでは、居宅、包括を問わず、地域の能力あるケアマネジャーを有する任意の組織を、運営主体である市町村保険者が選択する。

なお、地域包括支援センターについては、本来的に地域のケアマネジャーを育成する役割を担うものの、限られた人員で介護予防や地域ケア会議等業務を要求され、業務量がひっ迫している状況になる。さらに、地域包括支援センターに所属する人材の地域間格差が大きく、ケアマネジャーを組織的に指導ができており、包括支援センターの人材育成にも熱心な地域がある一方で、人材育成の機会に乏しくケアマネジメントの実践経験にも乏しく、指導可能なレベルに達していない地域も存在する。

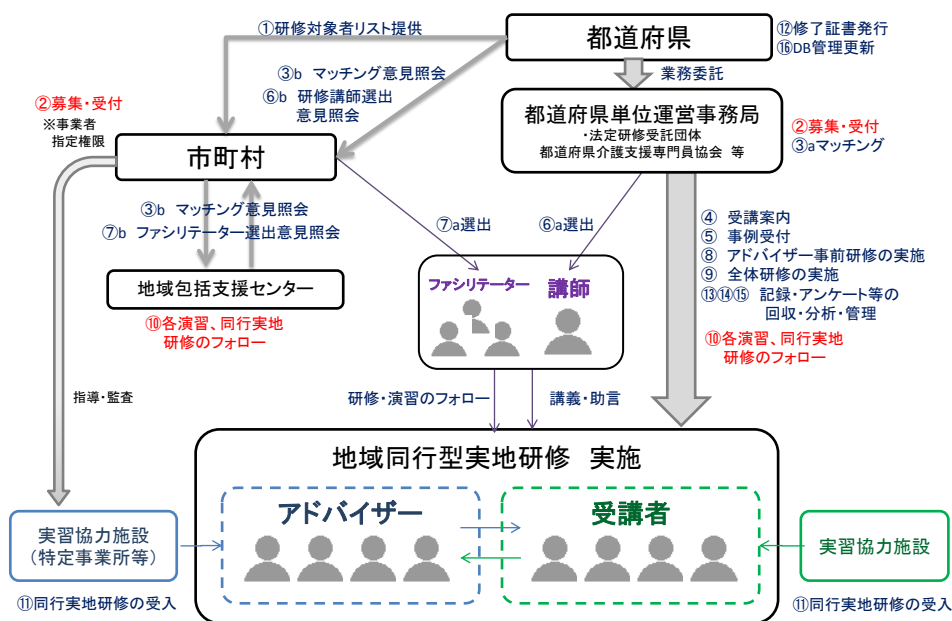
そこで、地域包括支援センターは、地域同行型実地研修においては以下の通り位置付ける。

- 地域包括支援センターの位置付け

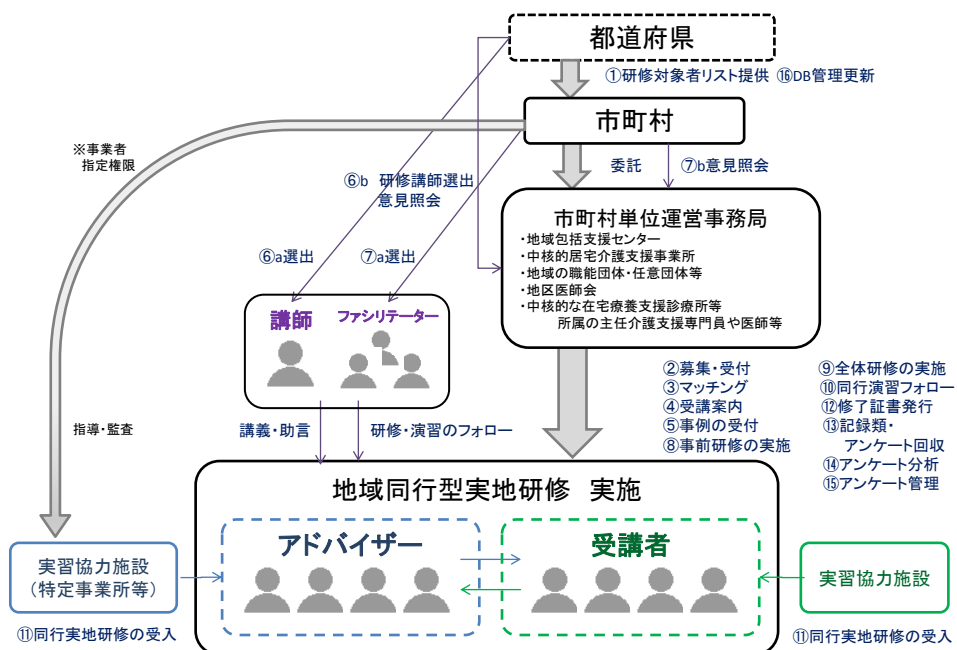
- 地域包括支援センターは、運営事務局を担う地域もあれば、地域の運営支援や情報提供程度の機能を担う地域があってもよいものとする。
- 特に参加者の募集・受付や各演習、同行実地研修のフォローの業務を担うことにより、地域包括支援センターの本来機能の回復と強化を図る。
- 市町村内の地域包括支援センターに勤務し、実務経験・講師経験について十分に要件を満たす者の中から、市町村保険者がファシリテーターを選出する。各市町村に1人ずつ配置され、業務内容は①アドバイザーの育成と指導、②アドバイザーと受講者間の関係調整となる。なお、市町村内に要件を満たす者が少ない場合は、複数市町村合同で1名を配置することも可能とする。
- 地域同行型実地研修にバイザー、バイジーとして参加することにより、地域包括支援センターの人材養成にもつなげる。
- 特に、アドバイザーとして居宅介護事業所の介護支援専門員と組んだ場合は、日

常業務において地域の介護支援専門員に対してスーパーバイズを行う際のノウハウを本研修において学ぶことが可能となり、センター内の人材育成に大きく寄与することが期待できる。

図表 46 運営体制イメージ（都道府県モデル）（再掲）



図表 47 運営体制イメージ（市町村モデル）（再掲）



図表 48 自治体と運営事務局の役割分担（再掲）

	図中 No.	主たる業務	I 都道府県モデル					II 市町村モデル				
			都道府県		市町村		事業所		都道府県	市町村	事業所	
			団体		包括		特定	非特定		事務局	特定	非特定
事前準備	①	主任ケアマネ・基礎研修修了者の名簿を市町村に提供	○						○			
	②	募集・受付		○	○					○		(照会先)
	③a	アドバイザー・受講者のマッチング										
	③b	意見照会 ⇒ 質・数の調整										
	④	受講案内		○								
選出	⑤	事例の受付		○								
	⑥a	研修講師の選出		○								
	⑥b	意見照会										
	⑦a	ファシリテーターの選出										
運営	⑦b	意見照会										
	⑧	アドバイザー事前研修の実施		○								
	⑨	初日研修・最終日研修の実施 (日程調整・会場設定・講師依頼)		○								
	⑩	各演習・同行実地研修のフォロー		○		または	○					
	⑪	同行実地研修の受け入れ										○ ○
	⑫	修了証書を発行		○								
	⑬	記録書類・アンケートの回収			○							
	⑭	アンケートの分析			○							
終了後管理	⑮	アンケートの管理										○
	⑯	地域のケアマネ・主任ケアマネ・事業所情報 (受講履歴含む)DBの更新管理	○									

## 2)ピアスーパービジョン研修

### ➤ 受講者

- ◇ 主任介護支援専門員養成研修受講者
- ◇ バイジー体験の担保のため、スーパービジョンの基本的なスキルを演習により身につける。
- ◇ ほぼ同レベルの受講者を組み合わせ、相手の持参したアセスメントとケアプランについて、相互にスーパーバイズを行う。
- ◇ 受講者が既にスーパービジョンを事業所内で実施している可能性もあるが、その場合は、あえてバイジーを再度体験することにより、スーパーバイザーとしての自分を客観的にとらえることにつながる。

### ➤ カリキュラム

- ◇ 主任介護支援専門員養成研修の1カリキュラム
- ◇ 見直し後の主任介護支援専門員養成研修のカリキュラムのうち、「対人援助者監督指導（スーパービジョン）の演習の一つとして約4時間で実施が可能。
- ◇ OJT ではないので、主任介護支援専門員研修における実施が可能である。

### 3. 今後の介護支援専門員人材の成長に向けて

日本ケアマネジメント学会が平成20年度に整理した介護支援専門員としての成長ステップに、地域同行型実地研修を位置付けると、受講者は「キャリアの初期段階にいる新任の介護支援専門員」から「質の高いケアマネジメントを展開する段階にいる介護支援専門員」の間、アドバイザーは「スーパーバイザーとなる段階に上がる主任介護支援専門員」である（図表49）。

ピアスーパービジョン研修をこの成長ステップに位置付けると、主任介護支援専門員研修受講者を想定しているため、対象は、受講者とアドバイザーの間で、人材育成を意識し始める段階の介護支援専門員となる。

地域同行型実地研修を通じて、初任者から3年目程度の介護支援専門員はスーパーバイザー経験によりケアマネジメント技術の基本を習得し、業務に対する自信を身につけると同時に、「教えてもらう」経験を得る。

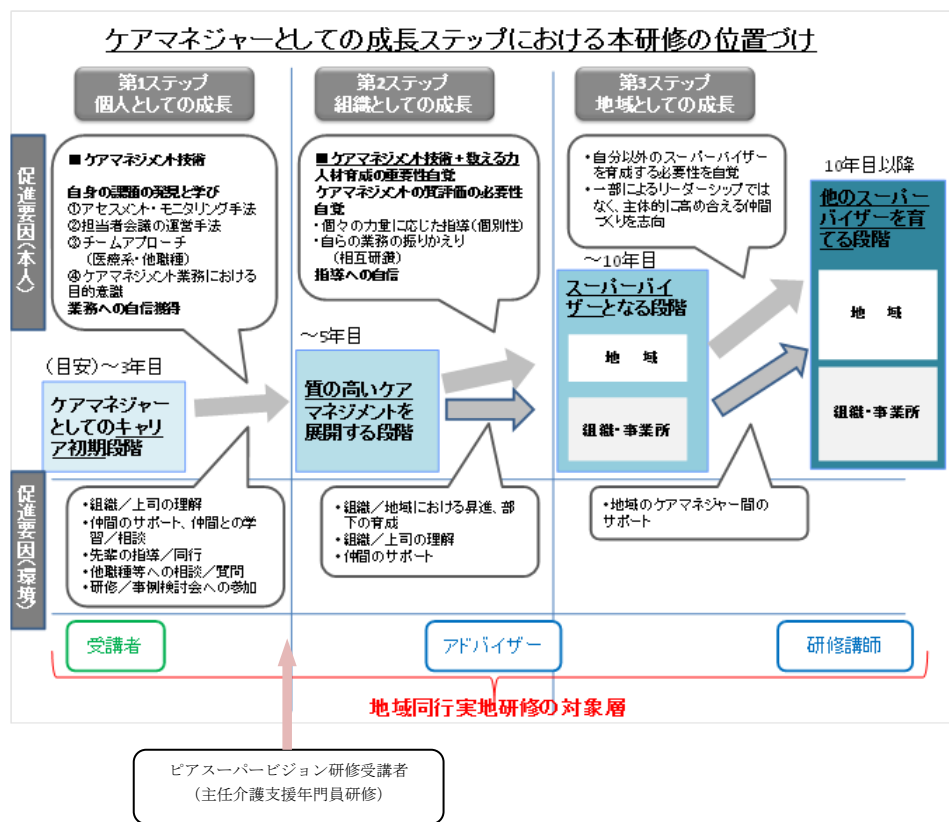
本研修を受講する機会や事業所内でスーパービジョンを受ける機会がない場合でも、主任介護支援専門員研修の中でピアスーパービジョン研修を受講することで、バイザー体験（「教える体験」）、バイザー体験（「教えてもらう体験」）を経験する。

さらに数年後には個人としての成長を遂げ、アドバイザーとして組織及び地域の介護支援専門員に「教える」こと（スーパービジョン）を通じて人材育成への自信を獲得していく。このような人材育成を通じて新たな介護支援専門員が育つという人材育成の基盤を整備することにより、介護支援専門員全体の成長に繋がるであろう（図表50）。

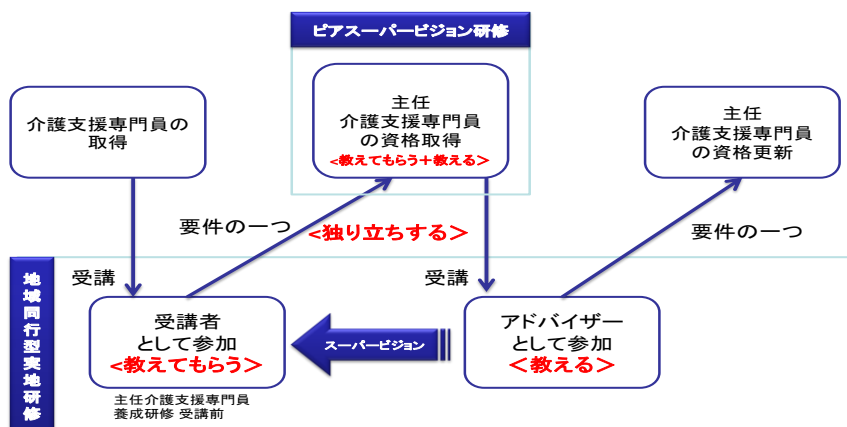
さらに、運営団体もしくは運営協力団体となる市町村の保険者機能の強化と、地域包括支援センターの本来機能の回復と強化も併せて実現することにより、地域全体のケアの質の向上にもつながり、より強盤な人材育成システムへと発展することも可能となる。

今後、地域同行型実地研修については継続的に改良を重ね、介護支援専門員を実践面で成長することを支援し、介護支援専門員全体の資質向上に寄与していきたい。

図表 49 介護支援専門員の成長ステップと地域同行型実地研修・ピアスーパービジョン研修



図表 50 人材育成の循環イメージ







# 參考資料

## 1 アセスメント確認演習ロールプレイ 設定とシナリオ

### I アセスメント確認についての基本的視点

教員の夫婦であり、娘は養女である。夫は一人で介護を頑張ろうとしている。  
本人も家族に迷惑をかけたくないという思いがある。

### II 確認すべき点

#### 1. 夫の介護の状況（量）の把握

- ① 排泄介助： リハビリパンツをはきたくない。
- ② 入浴介助： 入浴は好きなのか？入浴動作は可能であるか？
- ③ 食事の準備： 調理は誰が行っているのか？夫は調理含めて、家事を実行することは可能であるか？

#### 2. 下肢筋力の低下についての確認

- ① 腰椎圧迫骨折をしたことが（平成21年転倒）のより運動機能低下が生じたのか？
- ② 夫は本人に動かないように行動の制止をしているのか？
- ③ 下肢筋力の低下の背景について要因の分析が必要である。
- ④ 本人が動きたいと思う環境（趣味、転倒防止、）などの環境のついての背景の理解と今後の検討について

#### 3. 食欲の低下についての確認

- ① 口腔内の環境について（義歯、嚥下の確認）
- ② 薬の副作用はあるのか？
- ③ 嗜好の問題（夫が食事準備をしている。食事内容・食事の楽しみ、娘さんの関与）

#### 4. 失禁の対応について

- ① 布パンツを利用しているが、失禁の程度、頻度などの確認をしておく必要がある。
- ② 夜間の排泄についての状況の確認は必要である。
- ③ 排便の間隔（便秘）などの程度を把握しているか。
- ④ 失禁をした場合、夫の介助に対して、本人は抵抗なく応じるのか？
- ⑤ 失禁を隠すような行動があるか

#### 5. 夫の自己実現について

- ① 妻の介護に一日の大半を費やしている。夫の趣味はあるのか？
- ② 夫が継続して行いたい趣味・図書館通いなどの思いはないか？
- ③ 夫の目指していた老後の生活のイメージは？
- ④ 夫が介護の愚痴を言える場所・人はいるのか？

#### 6. 主訴の確認がそれぞれの意向となっていないか？

- ① 本人の主訴は利用者が明確に発言をしたのか？どのような発言をしたのか？  
できれば「 」で表記をしたほうがわかりやすい。
- ② 娘さんの主訴や意向の確認をしたことについての記載について

### Ⅲ よくできている点（評価できるアセスメント項目）

- ① 認知症の確定診断及び医師との連携ができている
- ② 長谷川のスケールなども明記されている。
- ③ 認知症の程度及び今後の進行する可能性が予測できる。
- ④ 生活歴として、娘さんは養女であるなどの詳細な把握ができている。
- ⑤ 本人の手先が器用などの本人の持つ力が明記されている。
- ⑥ 夫の介護負担のついての理解ができている。
- ⑦ 夫のできている点、できない点（定期受診を忘れるなどの情報を娘さんから得ている）
- ⑧ 義歯が合わない、咀嚼ができていないことの把握ができている。

以上のことに受講者に気づきがあったか？

### Ⅳ アセスメント確認演習シナリオ

（※ アド＝アドバイザー）

アド	受講者さん、アセスメント表、ケアプラン表を確認させていただきました。 ありがとうございました。とても丁寧に記載されていましたね。 では、少しお話を伺いたいのですがよろしいでしょうか？
受講者	はい。よろしくお願いたします。
アド	緊張していますか？緊張せずにお話しくださいね。 この事例は要介護2の女性で教員のご夫婦の生活を支援している事例ですね。ご本人認知症があり、少し意欲が低下してきているようですね。ご本人とご主人は教師時代は同僚だったとのことですね。 また、夫が介護や家事をすべてになっているようですね。 ご本人さんは通所介護に週2回利用して、夫の介護負担の軽減を目指しているのですね。夫の介護負担の軽減のためにショートステイも導入していて、デイサービスの週2回利用の際に入浴サービスを利用しているプランでしたね。
受講者	はいそうなのです。ご主人は一人で介護を頑張っているのです。とても頑張り屋さんの方なのです。やはり学校の先生だから、真面目な方ですね
アド	受講者さんは、ご主人が頑張り屋さんで元教員なので、真面目に介護を頑張っている方と認識をしているのですね。
受講者	はい。元教員の方のため、夫は介護の本などを読んで、ご自分なりに介護をがんばっているのですよ。
アド	本を読んでいるのですね。なるほど、受講者さんは夫の介護の負担があることは認識をされているのですね？

参考資料 1. アドバイザー事前研修ロールプレシナリオと配布資料

受講者	はい。娘さんが「父親が倒れたら大変だ」「自分は仕事があるので、父親の代わりはできない」といつも話されます。やはり、ご主人がたおれたら、この家は在宅生活を送ることはできないと思います。
アド	ご主人の介護の負担について具体的にどこが負担であるのか？ご主人からお話を聞いたことがありますか？
受講者	ご主人は「介護に負担を感じない」といつも言われます。「大丈夫です。今までもできているから」と言われます。
アド	ご主人は教員で、しっかりしている方なので、その方が「大丈夫だ」と言われたので・・・介護の負担はないと思ったのですね。なるほど・・・
受講者	はい・・・。「大丈夫だ」とおっしゃるので。
アド	しかし、ご主人自身、脳梗塞の既往があるのですよね。その点については、ご主人はどのように理解されているのでしょうか？ <b>(SVは気づきを与えることなく、夫の既往症の事を提示して指示的な発言となる)</b> 受講者さんが夫の介護負担が生じているのでは？と思ったのは、娘さんが「父親が倒れたら困るから」の発言からそのように受け取ったのですね。それは、娘さんの主訴をそのまま？
受講者	はい・・・(少ししょんぼりする)
アド	受講者さんそれはアセスメントになるのでしょうか？具体的に、夫が何をしているのか？家事をどれぐらい行っているのか？把握することがケアマネジャーとしての役割ではないですか？ 夫の睡眠時間・体調の変化・家事をどの程度行っているか？をしっかりとアセスメントをしてください。 <b>(非審判的態度で接することが必要であるが、SVは気づきを与えることなく、直接指導を行っている。)</b>
受講者	はい。わかりました。でも・・・ご主人は「大丈夫です」としか言わないので、聞きにくいのです。答えてくれません。
アド	なるほど、ご主人はいつも「大丈夫です」と一言で終わるので、受講者さんはそのあとに言葉がつかないのですね。 <b>(受講者さんの面接がうまくいかない気持ちを受容する)</b>
受講者	そうなんです。「大丈夫」といわれるとそれ以上聞けないのです。ご主人を話をする時にと私はとても緊張するのです。気難しい方のようなので…これ以上言うと怒り出すのではないかとドキドキするのです。
アド	受講者さんはご主人と面接をする時にドキドキして「緊張」するのですね。大丈夫」といわれるとそれ以上聞けないのですね。 <b>(受容と共感をする)</b>
受講者	そうなのです・・・

参考資料 1. アドバイザー事前研修ロールプレシナリオと配布資料

アド	ご主人の介護の負担感の程度を把握する必要性は理解しているのですね？
受講者	はい。娘さんから言われているだけでなく、私が見ているだけでも、ご主人は大変だな~と思います。 慣れない家事をしながら、介護をしているのだらうと・・・訪問するたびに思うのです。
アド	そうなのですね。娘さんから言われるだけでなく、受講者さんは訪問をしたときにも、ご主人の負担感を気づいているのですね。 しかし、それを夫から「大丈夫」ですと言われると、介護の負担感を把握しながらも、夫に対して、それ以上の言葉が言えないのですね。
受講者	はい。また、ご自宅がとてもご立派なお家なのです・・・ 昔、ご本人が手芸が趣味だったので、とても素敵なパッチワークのタペストリーなども飾っているのですが、いつも埃がついて・・・ とても、もったいないように思えます。玄関にもご本人が作った、木目込み人形*がたくさん飾ってあるのですが・・・それも埃だらけなんですよ・・・
アド	そうなのですね。ご本人が作ったであろう、パッチワークや木目込み人形を飾っているとは・・・とても素敵ですね。それが埃だらけなんて…残念ですね。
受講者	そうなのですよ…ご本人がお元気な時は季節ごとに人形も変えていたりなどしていたと娘さんが残念そうに話をしていたのです。だから、もう一度、そのようなことができるとご本人もご自分の思いがある作品を季節ごとに変えることができればよいな…と思うのです。
アド	なるほど・・・受講者さんは訪問の度にそのようなことを思っていたのですね。受講者さんが思っていたことをご主人にお伝えしたことはありますか？
受講者	いえ・・・
アド	受講者さんはご自分の気づかれたことをご主人にお話をする事ができていないのですね。
受講者	そうなんです。ご主人と話をすることがとても苦手なんです。私は面接が下手なのでうまく、ご主人の気持ちを聞き出すことができないのです。

受講者は、娘さんの言葉だけでなく、タペストリーが埃だらけだったり、木目込み人形を季節ごとに変えることができていない状況などから、自分でも夫の介護の負担を把握していた。アドバイザーとの会話の中の「夫の介護の負担」というキーワードから、受講者は、夫の「大丈夫です」の言葉の裏にある背景を聞き取るまでの面接の技術を習得していないことについて、気づきを持つことができた。

アド	ご主人が家事を行っている内容について、具体的にお聞きしたことはありますか？
受講者	具体的にお聞きをしたことはありません。そうですね。ご主人に具体的な質問をしたことはないように思えます。
アド	訪問をしたときにご主人と面談をする時の話題の中心はどのような内容ですか？

参考資料 1. アドバイザー事前研修ロールプレシナリオと配布資料

受講者	いつもご本人さんがいらっしゃるの、忙しそうな雰囲気があり、正直世間話をするような雰囲気ではありません。ご主人も、印鑑を押すから早く帰ってほしいように思っているのではないかと思います。 「何か、変わったことはありませんか?」「特にありません」「そうですか・・・」で面接が終わるのですよ。
アド	受講者さん、それはモニタリングの機能になっていませんよ。そのような面接だとご主人の思いを理解するための面接になっていませんね。(笑)
受講者	そうなのですが・・・
アド	Aさんはデイサービスを利用していますよね。 Aさんがデイサービスへ行った日などにご自宅へお伺いしたことはありますか?
受講者	ありません。
アド	Aさんは週2回デイサービスを利用していますが、Aさんがデイへ行っている日はご主人はどのように過ごされているのですか?
受講者	そんなこと聞いたことなかったです・・・ そうか、そのようなことをご主人に聞いたこともありませんでした。
アド	そうですよね。Aさんがいない日はご主人は何をしているのでしょうか?
受講者	Aさんがデイへ行っている日に訪問をしてみます。そうするとご主人と少しゆっくり話ができるかもしれません。
アド	そうですね。ご主人は教員時代も同期なようなので、Aさんを目の前にして「介護が大変だとか」言いづらい、言っては悪い・・・などの思いもあるかもしれませんね。同僚だったAさん・・・変わっていく妻を受け入れることもつらい面のおありになるのではないのでしょうか?いかがですか?
受講者	そうですよね。ご主人は「妻は自分よりも優秀な教師だったから、この人はとても頑張り屋だったとか、よくご本人の前で話をしますから・・・そのように思う気持ちがあるのかもしれないね・・・

※ 木目込み人形： 木製の人形の種類。桐塑または木で作られた人形に、衣服の皺や模様の方に本体に筋彫りを入れ、筋彫りに目打ちなどで布の端を押し込んで衣装を着ているように仕立てた人形。(出典：Wikipedia)

## 2 サービス担当者会議ロールプレイ 議事録記録例とシナリオ

(1) サービス担当者会議議事録記録例（演習開始前に研修参加者に配布する）

サービス担当者会議議事録						
					○年○月○日 ご利用者宅にて	
会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
	利用者	Aさん	ディサービス	Bさん		
	ご家族(夫)	Mさん	ケアマネジャー			
	ご家族(娘)	Fさん	短期入所担当者			
検討した項目	要介護認定結果後の報告について 今後のサービスの導入について 義歯の不具合について リハビリパンツの導入について					
検討内容	今回の認定結果については、前回同様の要介護2の状態であった。介護サービスについては、今まで通りで良いと夫の意見がある。本人はできるだけ家に居たい。泊まる場所に行くのはあまり好きではない。できれば、自宅に居たい。娘:リハビリパンツをはいてもらえると助かる。排泄の失敗が多くなり、父親の負担が大きい。ディサービスでも勧めたい。以前はおしゃれな母親であったが、最近は気にしなくなってきたので心配。義歯が合わないため、食事中に固い食べ物を出したりしている。義歯の調整が必要である。ディサービスでは、ほぼ失禁がなく過ごしている。短期入所へ行きたくない理由については、本人はよそに泊まるのは好きではないから。家のことが気になる。					
結果	現在のサービスを同じプランで継続していく。ディサービスの回数を増やすことも本人が了解しないため。泊まる場所は好きではない様子だが、夫の休息日が必要であることを説明し、しつこく了解を得る。義歯が合わないことについては、近隣のかかりつけの歯科医に夫が相談に行き対応をする。リハビリパンツの導入については娘さんが説得するが、本人は「大丈夫だから」と言い納得されない。しばらく、現在のままで様子を見る。					
残された課題	リハビリパンツの導入 短期入所を嫌がる背景についての情報収集をする					

(2) サービス担当者会議シナリオ

(※ アド=アドバイザー)

アド	受講者さん、サービス担当者会議に同行させていただいてありがとうございました。 今回のサービス担当者会議は要介護認定の結果、今後のサービス内容を検討する目的のサービス担当者会議でしたね。
受講者	はい。そうです。要介護認定の結果も前回と同じでしたので・・・特に問題があった場合の担当者会議ではありませんでした。
アド	そうですね。情報を共有することを主たる目的に開催をされたのですね。
受講者	そうですね。
アド	では、少しサービス担当者会議の運営方法について、確認をさせてください。
受講者	はい。
アド	今回のサービス担当者会議の開催の準備について少し質問をさせてください。
受講者	はい。
アド	サービス担当者会議の開催の際の着座について、（座る場所、位置）で受講者さんが配慮した点がありましたら、お聞かせください。
受講者	えっ？座る場所ですか？特にありません。出席者が到着したら、なんとなく座ってもらっています。
アド	そうですか、受講者さんは担当者会議で座る場所についての配慮を行っていないのですね。・・・座る位置はとても大切ですよ。
受講者	えっ？
アド	できれば本人さん、ご主人さんの顔の表情などがケアマネジャーから見られるような位置に座るとご本人さんやご家族がご安心されませんか？ また、ご本人さん、ご家族が発言をしやすい雰囲気を作るためにも、ケアマネジャーはご利用者の横に座ると心強いですよ。
受講者	そうですか・・・そのようなことはあまり気をつけていませんでした。
アド	そうなのですか？それは実務研修などで学びませんでしたか？おかしいな・・・
受講者	えっ？そんなこと習っていませんよ。たぶん・・・
アド	サービス担当者会議では、多くの専門職が一堂に集まるので、ご本人さんやご家族にとっては、ややもすると威圧感を感じることはありませんか？ご本人、ご家族が発言をしづらそうな雰囲気などを感じませんか？
受講者	あまり気にしていなかったです。これから気をつけます。
アド	座る位置は大切です。今後気をつけてくださいね。
受講者	はい。気をつけます。
アド	では、担当者会議の進行について質問をさせてください。 今回の担当者会議では、ご本人やご主人のご発言が特にありませんでしたが、その点について受講者さんはどのように思われましたか。



参考資料 1. アドバイザー事前研修ロールプレシナリオと配布資料

受講者	はい、前回と同じ認定結果でしたし。それに、ご主人さんからは事前に介護サービスは変更なく・・・同じで、お願いしますと言われていたので、ご主人の発言がなかったのだと思います。
アド	受講者さんは今回の担当者会議は要介護認定の結果も同じであり、ご主人からサービスの変更の必要がないといわれたのでご本人やご主人からの発言がなかったことについて特に問題はないと思っているのですね。
受講者	そうですね・・・ご本人さんはご自分のことについて意向をはなされません・・・あの家庭の決定はいつもご主人がされますから・・・
アド	ご主人が決定されれば、ご本人の発言を求めることの必要性はあまりないと、思われたのですね。
受講者	う...そうですね。
アド	だから、受講者さんへサービス担当者会議の際に、ケアプラン原案について ご本人の意向：「 <input type="text"/> 」 ご家族の意向「 <input type="text"/> 」と 読み上げたので、これ以上の意見を聞くことの必要性を感じていなかったのですね。
受講者	そうですね・・・（自信がなさそうな様子） それに、サービス事業者さんも現在のサービスに特に問題を感じていなかったの で・・・問題なく終わったと思います。
アド	なるほど、受講者さんは担当者会議でチームメンバーと問題解決をする必要がある事 例とは判断をしていなかったということですね。
受講者	特に問題を感じなかったので事前の準備は特に必要ないと思いました。
アド	そうですか、担当者会議では、私も含めて大勢でご本人宅へお邪魔をしましたが、ご 本人、ご主人の様子は、いつもの定期訪問時との表情の違いなどはありませんでした か？
受講者	・・・すいません。ご主人の様子はいつもより、緊張されている様子は・・・なんと なく感じましたが・・・ご本人については・・・特に気を配っていませんでした・・・ ご主人の介護負担を軽減する必要があると思っていますのですが・・・ ご主人の本音が聞けてないことは、なんとなく感じているので・・・つい、ご主人の顔 ばかりをみていました。
アド	そうですね。受講者さんが常にご主人の表情を確認されているのはわかりました。 しかし、ご本人さんに声かけをされている場面はみかけませんでしたね。 ケアマネジャーは利用者の支援ですから、必ずご本人さんの意向の確認は必要ですか らね。そこは必ず行いましょう。
受講者	はい。わかりました これからそのようにいたします。
アド	そのほか、ご本人さん、ご主人の支援について今回の担当者会議での問題はありませ んでしたか？
受講者	問題はあると思います。ご主人の介護の抱え込みの問題が・・・ありますよね？      そ

参考資料 1. アドバイザー事前研修ロールプレシナリオと配布資料

	のことは、アセスメントの確認でも指導を受けたので気づいていたのですが、それを担当者会議で議題にするとか…の自信がなく、なんとなくうやむやにしてみました。
アド	そうでしたか。その課題については受講者さん気づいていたのですね。ご主人の健康状態も心配ですし・・・娘さんからお父さんが倒れないか心配だとの発言がありますよね… ご主人の脳梗塞の既往についても心配ですよ…
受講者	はい・・・そうなんですが・・・
アド	受講者さんが今回の担当者会議について、事前に検討が必要と思った項目はなんでしょうか？
受講者	事前の検討が必要なことですか？
アド	娘さんの発言について、サービス事業所さんやかかりつけ医はどのような見解をおもちなのでしょうかね？その点の情報収集を行う必要があったのではないのでしょうか？
受講者	そうですね。デイサービスの人に聞いてみるということは思いつきませんでした。かかりつけ医とはファックスのやり取りはしたことがありますがお会いしたことはありません。
アド	ご主人とご本人は同じかかりつけ医とのことでしたよね。ご主人の受診状況や体調等も含めて一度、かかりつけ医と面談をしてお話をされた方が良いと思います
受講者	そうですね。そうしてみます。
アド	今回の担当者会議へ参加させて頂いての全体的な感想として、なんだか受講者さんが一人で発言をしている場面が多かったように思えましたが、受講者さんの感想はいかがですか？
受講者	サービス担当者さんはあまり発言をしないので…一人で発言をすることが多いのかもしれないですね。ケアマネジャーとして司会をして記録もするので、本当に大変なんですよ。
アド	そうですね。担当者会議を開催するのは大変ですよ。担当者会議の開催は事前の準備から当日の進行、記録の作成とケアマネジャーは大変ですよ。そこで、今回の担当者会議の開催の目的について、参加者にはどのように共有されていましたか？
受講者	開催の目的を共有することは・・・開催の案内を出している所以大家んわかっていると思っていました…そうですね。何を話し合うのか？の説明をしていなかったように思えます。
アド	担当者会議の開催の挨拶・ご本人・ご家族・事業所さんへ集まってもらったことへの謝辞の発言をしてから、その次に開催の目的で…何について話し合うのか？を参加者と共有しておくことは必要ですよ。それらの手順が行えていなかったように思えます。
アド	今回の開催の目的は認定結果は同じだったので、サービスの内容の変更の必要性につ

参考資料 1. アドバイザー事前研修ロールプレイングシナリオと配布資料

	<p>いて特に意見はありませんでしたが、娘さんは父親が介護を一人で抱え込んでいることに不安を感じているという大きな課題がありましたよね。その点について、受講者さんは参加者のご意見を聞く場面がなかったように思えるのですが・・・</p>
受講者	<p>ご主人は特に困ったことはありません。今まで通りのサービスで良いですと言われたので、それ以上のことを言えない雰囲気を感じましたので…それ以上の発言をいたしませんでした。</p>
アド	<p>娘さんが感じている不安やケアマネジャーも感じている夫の介護負担や夫の自己実現をする余裕などについては、サービス事業所さんからの意見を聞く場面があってもよかったのかな？と思いました。</p> <p>受講者さんはサービス事業所さんに「特に困ったことはありませんか？」との漠然とした質問だけでしたね。</p>
受講者	<p>そうですね。はい。これから気を付けます。</p>
アド	<p>サービス担当者会議を有効に使いましょうね。</p> <p>今回のサービス担当者会議では、開催時間の 15 分前に到着をして、ご家族に準備の負担を軽減されたり、時間の管理をきちんとされたりしていましたね。その点については、とても良い会議の運営だと思いました。</p> <p>また、サービス担当者会議にきちんとケアプランの原案も作成されていましたし、アセスメントの結果についてもご本人の状態の変化などもきちんと参加者へ説明をされていました。その点もとても良かったと思いました。</p>
受講者	<p>本当ですか…それは嬉しいです。</p> <p>サービス担当者会議はみなさんが参加をされるし、司会が難しいので・・・あまり得意ではないのです。</p> <p>これから、ご本人、ご家族の意向をきちんと代弁できるような担当者会議の技術を身に付けたいと思います</p>

### 3. 同行訪問ロールプレシナリオ

(※ アド=アドバイザー)

アド	受講者さんモニタリングの同行訪問はお疲れさまでした。 ありがとうございました。
受講者	こちらこそ、ありがとうございました。
アド	今回のモニタリングでご本人さんのサービスの提供状況については、ご主人に確認をすることはできましたね。
受講者	はい。先月は1回だけデイサービスを休みました。今月は月の途中ですが2回休んでいることがわかりました
アド	そうでしたね。今月のデイのお休みはご主人が風邪をひいたので・・・デイの準備が大変だから・・・といわれていましたね
受講者	そうなんです。デイサービスを続けて二日お休みをされていたことを、デイサービスから連絡を受けていたので、その時には私もご自宅に電話をしました
アド	そうでしたか・・・それでお休みをされた時の電話のお礼をご主人がいられていたのですね。
受講者	そうなんです。お電話をしたら、ご主人ご自身が「熱が出てしんどい」といわれていました。その時に、「それは大変ですね・・・」とお尋ねしたら、「娘に風邪薬を買ってきてもらって寝ていたので・・・ずいぶんよくなりました」と話されていました
アド	そうだったんですね・・・その時に受講者さんはご主人にご本人様のご様子についてうかがいましたか？
受講者	ええ・・・「ご本人さんはご自宅でどのようにしていますか？困ったことはありませんか？」とお声掛けしました。
アド	そうしたら・・・ご主人は・・・なんと？
受講者	奥さんは部屋の中をうろうろしたり、テレビをつけたりして過ごしているので、特に問題はないといわれました。お食事は娘さんが届けてくれたので大丈夫といわれました。
アド	そうなのですね。特に困っていないといわれたのですね。 受講者さんは娘さんには連絡をして様子をききましたか？
受講者	娘さんには連絡をしていません。デイのお休みが2回だったので・・・大丈夫かな？とおもいました。
アド	今回のモニタリングでこのたびの風邪をひかれた時の様子について、特にご主人がつかかった・・・しんどかった・・・熱がどれくらい出てどのように過ごされていたのか？をお伺いすることで、夫が介護を負担することについての理解を示すよい機会だったかもしれませんね・・・
受講者	風邪をひいていた時に、娘さんにもうつるから来なくてよいと言われたそうです。でも、娘さんが放っておくこともできないので・・・レトルトのおかゆなどを持って行ったそうです。
アド	娘さんにはご主人からお電話をされたのですか？

参考資料 1. アドバイザー事前研修ロールプレシナリオと配布資料

受講者	違います。私がしました。デイから電話をもらい、ご主人に電話をしたら、すごいつらそうな声を出されていたので…心配で娘さんに連絡をしました
アド	受講者さんが電話をしなればご主人は誰にも SOS を発信しなかったのでしょうかね・・・
受講者	たぶん・・・そうだと思います。娘さんにも支援を依頼することはできるだけ避けたいという思いがあるようです
アド	ご主人は一人で頑張りすぎる傾向が心配ですね。
受講者	そうなんですよ・・・
アド	今回の訪問の時期は、ご主人が風邪をひかれて2回連続でデイサービスをお休みされたのが、先週の月曜と水曜日でしたね。今日は木曜日なので、1週間後の訪問となったのですね。
受講者	はい。そうですね。このおたくのモニタリングの訪問は月の半ばになることが多いです。
アド	そうですね、では今回の訪問で、ご本人やご主人のご様子、ご自宅のご様子で気になることや先月の訪問時との違いを気づきませんでしたか？
受講者	そうですね・・・いつもに比べてご主人が疲れていたように思えます。いつもはひげもきちんと剃っていますが・・・今日は不精髭が生えていました。朝が早い訪問だったからかな？と思いましたが、いつものご主人と雰囲気は異なりました。
アド	そうですね、ご主人はお疲れの様子でしたものね。
受講者	はい。
アド	その点について、モニタリングの場面で、その点についてのご確認をされていませんでしたが…何か意図がありましたか？
受講者	・・・気づいていたのですが、なんとなく言いにくい感じがしました。
アド	そうですね？ 「風邪をひかれて大変でしたね。お体は大丈夫ですか？風邪をひかれて寝込まれていたことを娘さんがとても心配されてましたよ？ご無理されませんように・・・」などの声掛けから、ご主人が風邪のときの介護の大変さを理解しつつ、「何が一番大変でしたか？ご本人の入浴はどのようにされてましたか？お食事は？」など具体的な質問に転換することも可能だったかもしれませんね・・・
受講者	そうですね。風邪で大変な思いをしていたことを話して下さったかもしれないですね。
アド	ご主人はご自分ひとりで介護を担おうとされて・・・同じことを聞いてくる妻にイライラしていると・・・アセスメント情報でもありましたよね。また、娘さんは父親は支援を自分から求める人ではないので・・・心配をいわれていますよね。
受講者	そうなんですよ。最近のご本人さんの認知症が進行しているようで、同じことを繰り返し何度も聞いたり、トイレの失敗も増えてきているようで・・・そのことがご主人のイライラの原因になっているようだ・・・とデイのスタッフから情報が入っています。
アド	なるほど・・・ご自宅にお伺いしたときにご本人様から少し尿臭がしたように思えま

参考資料 1. アドバイザー事前研修ロールプレシナリオと配布資料

	した。受講者さんは気づかれましたか？
受講者	はい。私も同じことを感じました。今まで・・・そのようなことはありませんでしたので私も驚きました。
アド	そうだったのですね。ご本人が排泄の失敗をしていたのかもしれませんがね。
受講者	デイでは声かけして排泄の誘導をされているので失敗は無いようですが、ご自宅では、間に合わないことがあるのかもしれませんが。ご本人さんが紙パンツを嫌がるので、ご主人も大変そうですが…今まで訪問をしたときに尿臭を感じたことはありませんでした。今回はご主人も疲れていたのでしょうかね・・・
アド	そうですね。ご主人は排泄の失敗を気づいていなかったのか？それとも、風邪のために排泄介助に手が回らなかったのかもしれませんがね。今回のように介護者が風邪を引いて、本人のケアが十分にできなかったなど・・・何かアクシデントがあった時に、今後の対応を再検討する良い機会だったかもしれませんね。
受講者	どういことですか？
アド	今回はご主人さんの風邪もひどくならずには治りましたが、ご主人さんも受診もできずになんかなりお疲れになったようでしたね。これからは、ご主人さんが風邪をひいたりなど体調を壊されることがあった場合に備えて、例えば、連絡体制、ご主人が受診できるための体制、ご本人さんのケアの提供体制などを検討する機会になったかもしれませんね。
受講者	なるほど…そうですね。
アド	ご主人さんが気づいていないニーズですね。それを明らかにすることにより、ご本人さんの介護が適切に提供できる環境を整えるためにも良い機会かもしれませんね。
受講者	そうですね。
アド	ご本人さんが2回デイサービスをお休みされた時の状態はご主人さんから情報を得ましたが、デイサービスを再開されたときのご様子などは、ご本人、ご主人、デイサービスなどに情報収集しましたか？
受講者	していません。
アド	ご本人さんの様子の変化がなかったか？ご本人の状態によるデイのお休みではなかったもので、その点についても確認をしておく良かったかもしれませんね。
受講者	そうですね。
アド	ご本人さんから尿臭がするなどの変化があったので・・・その背景に何が生じているのか？の確認にもつながるかもしれませんね。
受講者	そうですね・・・モニタリングではいつも目標に対してのことばかり確認をしていて・・・あとは世間話になります。
アド	モニタリングのための訪問の大切な機能に、再アセスメントの機能がありますよね。何か変化がなかったのか？良い変化も含めてアセスメントを行いながら…事例を予測する力が必要ですね。
受講者	はい。わかりました。





6) 日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャーの資格を持っていますか。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

7) 日本ケアマネジメント学会に入っていますか。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

8) 所属機関の種類を教えてください。

1. 居宅介護支援事業所	2. 地域包括支援センター	3. その他( )
--------------	---------------	-----------

↓「1. 居宅介護支援事業所」のとき

1. 特定事業所Ⅰを取得	2. 特定事業所Ⅱを取得	3. 加算なし
--------------	--------------	---------

9) 所属機関の法人の種類を教えてください。

1. 社会福祉法人(社協以外)	2. 社会福祉協議会	3. 医療法人
4. 財団法人/社団法人	5. 営利法人(チェーン)	
7. 営利法人(チェーン以外)	8. 非営利法人	9. 農協/生協
10. その他( )		

10) 事業所に所属する介護支援専門員の常勤換算数(小数点一桁まで)を教えてください。

.	名
---	---

Ⅱ. 昨年の研修を踏まえた自身のケアマネジメント実践及び指導についてお尋ねします。

1) あなたのケアマネジメント実践について、以下の項目をどの程度できていると感じるか、それぞれ最もあてはまると思われる数字(1~5)ひとつに○を付けてください。

	できていない	あまりできていない	どちらともいえない	まあできています	できている
1) 利用者や家族が抱えているリスクを特定する	1	2	3	4	5
2) 利用者のニーズや、家族・友人などの周辺環境を評価する	1	2	3	4	5
3) 利用者の強みや弱み、そしてそれらが日常生活に与える影響を把握する	1	2	3	4	5
4) 利用者のニーズや目標達成に向けた適切なサービス提供が行われているか、継続的にアセスメントを行う	1	2	3	4	5
5) 継続的なアセスメントの結果を記録に残す	1	2	3	4	5



参考資料2. アンケート調査票  
 <アドバイザー向け1年後フォローアップアンケート>

	できて いない	あまり できて いない	どちらと もいえ ない	まあで きてい る	できて いる
6) 利用者や家族と協働してケアプランを作成する	1	2	3	4	5
7) 利用者との適切な関係性を築き、継続する	1	2	3	4	5
8) 利用者の自立を促し、自己決定を支援する	1	2	3	4	5
9) 利用者の緊急時に適切に対処する	1	2	3	4	5
10) サービスが利用者のニーズに合っているか確認するため、継続的にサービス提供者や利用者との連絡・調整を行う	1	2	3	4	5
11) 利用者のニーズの変化に迅速に対応し、適切にサービスを変更する	1	2	3	4	5
12) サービスの終了が適切な場合に、利用者とともに計画し、手続きを行う	1	2	3	4	5
13) 公的資源のみではなく、家族などのインフォーマルな資源も適切に活用する	1	2	3	4	5
14) 利用者が利用可能な地域資源について、最新の情報を把握する	1	2	3	4	5
15) 利用者へのサービス提供に関連する法律や規制について十分な知識と理解を持つ	1	2	3	4	5
16) 適切なサービスが受けられるよう、利用者の権利を擁護する	1	2	3	4	5
17) 多職種によるチームの一員として働く	1	2	3	4	5
18) ケアマネジャー自身が適切にスーパービジョンを受ける	1	2	3	4	5
19) 重要事項説明、同意取得、ケアプラン交付などの書類関係業務を、利用者に対し適切に行う	1	2	3	4	5
20) 日本介護支援専門員協会の倫理綱領等に定められた内容を理解し、実践に活かす	1	2	3	4	5

2-1) あなたは他の介護支援専門員にケアマネジメントに関する助言・指導をすることについて、どれくらい自信がありますか？9段階評価でお答えください。

①アセスメント・ケアプラン作成

ない	どちらともいえない						ある	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

②サービス調整、担当者会議の運営

ない	どちらともいえない						ある	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

③モニタリング、利用者とのコミュニケーション

ない	どちらともいえない						ある	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

2-2) あなたは他の介護支援専門員にケアマネジメントに関する助言・指導をすることについて、どれくらい困難を感じますか？9段階評価でお答えください。

①アセスメント・ケアプラン作成

感じない	どちらともいえない						感じる	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

②サービス調整、担当者会議の運営

感じない	どちらともいえない						感じる	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

③モニタリング、利用者とのコミュニケーション

感じない	どちらともいえない						感じる	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Ⅲ. 平成24年度OJT研修があなたに与えた効果等についてお伺いします。

1) 平成24年度OJT研修に準じたOJTを個人として、事業所内で実践していますか？

1. はい	2. いいえ
-------	--------

2) 平成24年度OJT研修で学んだ内容を、個人としてではなく、事業所全体の業務に反映していますか？(ex. ケア会議の運営、アセスメント、etc)

1. はい	2. いいえ
-------	--------



IV. 平成24年度OJT研修全般について

1) 感想・コメントをご自由にご記入下さい。

質問は以上です。ご協力いただき誠にありがとうございました。



6) 日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャーの資格を持っていますか。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

7) 日本ケアマネジメント学会に入っていますか。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

8) 所属機関の種類を教えてください。

1. 居宅介護支援事業所	2. 地域包括支援センター	3. その他( )
--------------	---------------	-----------

↓「1. 居宅介護支援事業所」のとき

1. 特定事業所Ⅰを取得	2. 特定事業所Ⅱを取得	3. 加算なし
--------------	--------------	---------

9) 所属機関の法人の種類を教えてください。

1. 社会福祉法人(社協以外)	2. 社会福祉協議会	3. 医療法人
4. 財団法人/社団法人	5. 営利法人(チェーン)	
7. 営利法人(チェーン以外)	8. 非営利法人	9. 農協/生協
10. その他( )		

10) 事業所に所属する介護支援専門員の常勤換算数(小数点一桁まで)を教えてください。

.	名
---	---

Ⅱ. 今回の研修を踏まえた自身のケアマネジメント実践についてお尋ねします。

1) あなたのケアマネジメント実践について、以下の項目をどの程度できていると感じるか、それぞれ最もあてはまると思われる数字(1~5)ひとつに○を付けてください。

	できていない	あまりできていない	どちらともいえない	まあできています	できている
1) 利用者や家族が抱えているリスクを特定する	1	2	3	4	5
2) 利用者のニーズや、家族・友人などの周辺環境を評価する	1	2	3	4	5
3) 利用者の強みや弱み、そしてそれらが日常生活に与える影響を把握する	1	2	3	4	5
4) 利用者のニーズや目標達成に向けた適切なサービス提供が行われているか、継続的にアセスメントを行う	1	2	3	4	5
5) 継続的なアセスメントの結果を記録に残す	1	2	3	4	5

参考資料2. アンケート調査票  
 <受講者向け1年後フォローアップアンケート>

	できて いない	あまり できて いない	どちらと もいえ ない	まあで きてい る	できて いる
6) 利用者や家族と協働してケアプランを作成する	1	2	3	4	5
7) 利用者との適切な関係性を築き、継続する	1	2	3	4	5
8) 利用者の自立を促し、自己決定を支援する	1	2	3	4	5
9) 利用者の緊急時に適切に対処する	1	2	3	4	5
10) サービスが利用者のニーズに合っているか確認するため、継続的にサービス提供者や利用者との連絡・調整を行う	1	2	3	4	5
11) 利用者のニーズの変化に迅速に対応し、適切にサービスを変更する	1	2	3	4	5
12) サービスの終了が適切な場合に、利用者とともに計画し、手続きを行う	1	2	3	4	5
13) 公的資源のみではなく、家族などのインフォーマルな資源も適切に活用する	1	2	3	4	5
14) 利用者が利用可能な地域資源について、最新の情報を把握する	1	2	3	4	5
15) 利用者へのサービス提供に関連する法律や規制について十分な知識と理解を持つ	1	2	3	4	5
16) 適切なサービスが受けられるよう、利用者の権利を擁護する	1	2	3	4	5
17) 多職種によるチームの一員として働く	1	2	3	4	5
18) ケアマネジャー自身が適切にスーパービジョンを受ける	1	2	3	4	5
19) 重要事項説明、同意取得、ケアプラン交付などの書類関係業務を、利用者に対し適切に行う	1	2	3	4	5
20) 日本介護支援専門員協会の倫理綱領等に定められた内容を理解し、実践に活かす	1	2	3	4	5





IV. 平成24年度OJT研修全般について

1) 感想・コメントをご自由にご記入下さい。

質問は以上です。ご協力いただき誠にありがとうございました。



3. 各種マニュアル

1) 運営事務局向け運営マニュアル

平成 25 年度老人保健健康増進等事業

「介護支援専門員のスーパービジョン実践としての  
実習型研修の普及に向けての研究」

**地域同行型実地研修  
運営マニュアル**  
プログラム運営事務局向け

Ver 2.1

2014 年 3 月

介護支援専門員のスーパービジョン実践としての  
実習型研修の普及に向けての研究委員会  
一般社団法人 日本ケアマネジメント学会

## 目次

---

I	研修の概要	1
1.	背景・目的	1
2.	特徴・意義	2
3.	地域同行型実地研修の概要	2
1)	アドバイザー事前研修	2
2)	初日全体研修	2
3)	個別同行実習	3
4)	最終日全体研修	3
4.	対象	4
5.	運営体制	5
1)	事務局体制	5
2)	地域包括支援センターの役割	7
3)	費用負担	7
6.	研修講師とファシリテーターの設置	7
1)	研修講師	7
2)	ファシリテーター	7
7.	テキスト及び運営マニュアルと評価支援ツール	8
II	運営事務局の業務	9
1.	実施スケジュール	9
2.	運営フロー	11
3.	オプション研修の企画	11
4.	研修準備	13
1)	募集・受付	13
2)	関係者の日程調整とスケジュール決定	13
3)	会場準備	13
4)	受講案内	13
5)	フェースシート・事例提出	14
6)	アドバイザーと受講者のマッチング	14
5.	研修の運営	15
1)	アドバイザー事前研修	15
2)	初日全体研修に向けた受講者・アドバイザーの準備	17

参考資料3. 各種マニュアル

1) 運営事務局向け運営マニュアル

3) 初日全体研修 .....	18
4) 個別同行実習 .....	20
5) 最終日全体研修に向けた受講者・アドバイザーの準備.....	20
6) 最終日全体研修.....	21
6. アンケートと名簿の管理.....	23
1) アンケート集計と管理.....	23
2) 受講者名簿の管理.....	23

資料集

- [様式1：実習協力施設への説明文書]
- [様式2：受講者募集に関する事業所説明文書]
- [様式3：受講予定者への連絡文書]
- [様式4：アドバイザー予定者への連絡文書]
- [様式5：修了証]
- [様式6：事前アンケート]
- [様式7：事後アンケート]

参考資料3. 各種マニュアル

1) 運営事務局向け運営マニュアル

## I 研修の概要

### 1. 背景・目的

日本ケアマネジメント学会では、高齢社会の到来を背景とした良質なケアマネジメントに対するニーズの高まりを受けて、平成20年度より厚生労働省からの研究補助を得て、スーパービジョン手法による介護支援専門員の教育方法の体系化を進めてきました。

平成22年度に実施した調査によると、ほとんどの事業所で何らかの人材育成の取り組みはなされているものの、少人数の事業所では人材育成基盤が弱く、十分な人材教育プログラムが実施されているとは言い難い状況であることが判明しました。

これらの状況を踏まえ、平成23年度は4地域において介護支援専門員のアドバイザーチームを組織し、事業所を超えた形で実習形式の研修を実施する、個別化されたOJTに近い形態でのモデル研修プログラムを開発・試行しました。その結果、受講者のケアマネジメント技術の習得に効果があるとともに、アドバイザーのケアマネジメント技術及び教える力の習得に効果が見られました。さらに受講者にとっては、ロールモデル（目指す人材像）を獲得することができました。

平成24年度は短期実習プログラムの試行対象地域を全国10地域に拡大し、プログラム内容の検証及び受講者・アドバイザーに与える効果について、アンケートやヒアリング調査及びポートフォリオ評価を活用し、検証を行った。その結果、本プログラムに参加した受講者・アドバイザーからは高い評価を受け、プログラム前後の比較では、受講者及びアドバイザーのケアマネジメント業務への自信、アドバイザーのケアマネジメント指導に対する自信のいずれも向上しました。さらに各地の運営事務局のほぼ全てから、本プログラムは有効との評価を受けました。

平成25年度は、各地域に本プログラムを実際に導入するための検討を進め、新たに都道府県が運営主体となるモデルを提唱するとともに、運営を円滑にするためのテキスト改訂やツール作成、及びそれらの検証を行いました。さらに、本プログラムでアドバイザーを担うことになる主任介護支援専門員に対し、主任資格を取得する段階でバイザー・バイザーを体験させるための新プログラムを提唱し、その効果の検証を行い、有効性を確認しました。

なお、本プログラムの名称は平成24年度までは「短期実習プログラム」としてモデル事業を推進しましたが、介護支援専門員の人材育成を地域で支える試みとしての意味を込めて、平成25年度より、「地域同行型実地研修」と名称を変更しております。

## 2. 特徴・意義

知識の習得を主な目的とした座学による従来の法定研修とは異なり、本研修は、以下4つのi(アイ)という特徴があります。

- ⑤ **実習形式 (Interning)** : 現行の法定カリキュラムに存在しない実習プログラムを提供することにより、実践的知識・技術を補完します。
- ⑥ **事業所を超えた (Inter-organizational)** : 概して事業規模が零細であり、事業所内部の教育資源に乏しい居宅介護支援事業所に対して、本プログラムを通じて事業所間の教育交流を促し、現任介護支援専門員に対する教育効率を向上させます。
- ⑦ **個別化された (Individualized)** : プログラムの基本的な枠組みについては汎用的なものを提示しつつ、扱うケースの特性等に応じて構成します。新任者のみならず、医療等の特定領域に苦手意識を持つ経験者層の教育ニーズにも対応します。
- ⑧ **相互研さん (Inter-educational)** : 現状として居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員の多くは、アドバイザーとしての役割を担う機会を持たないことが多く、指導することに慣れていない実態があります。そこで、当面の措置として、受講者のみならずアドバイザーに対する教育的効果もプログラムの目的の1つとします。

## 3. 地域同行型実地研修の概要

地域同行型実地研修の標準構成は、アドバイザー事前研修／初日全体研修／個別の同行実習(4回)／最終日全体研修です(図表1)。

### 1) アドバイザー事前研修

アドバイザー事前研修では、アドバイザーが、本番の同行を想定して、スーパーバイズ場面のロールプレイを外部観察者として評価することにより、自身のスーパーバイズの癖や傾向を客観的に把握し、本番で適切なアドバイスを行えるようにすることを目的としています。

架空事例に基づくアセスメント確認・サービス担当者会議・同行訪問モニタリングの3場面で、主任介護支援専門員が介護支援専門員に対してスーパーバイズを行う様子のDVDを視聴し、その指導方法についてコメントを行うという形式で研修を実施します。

### 2) 初日全体研修

初日全体研修は、マッチングされたアドバイザーと受講者がペアになり、受講者が提出する事例をもとにしたアセスメント確認演習を実施します。演習後に、受講者はアド



バイザーの助言を受けながら研修を通しての目標を設定します。

アセスメント確認演習の目的は、受講者のケアマネジメントプロセスを具体的な事例をもとに確認することにあります。受講者とアドバイザーが、事例のアセスメントとケアプランを客観的に再確認することにより、受講者のケアマネジメントプロセスを見直していきます。アドバイザーの視点を共通化するために、「アセスメント確認用紙」を様式として設け、アセスメント内容がケアプランに反映できているか、またケアプランの根拠となるアセスメントが適切になされているかを確認できるようにしています。

### 3) 個別同行実習

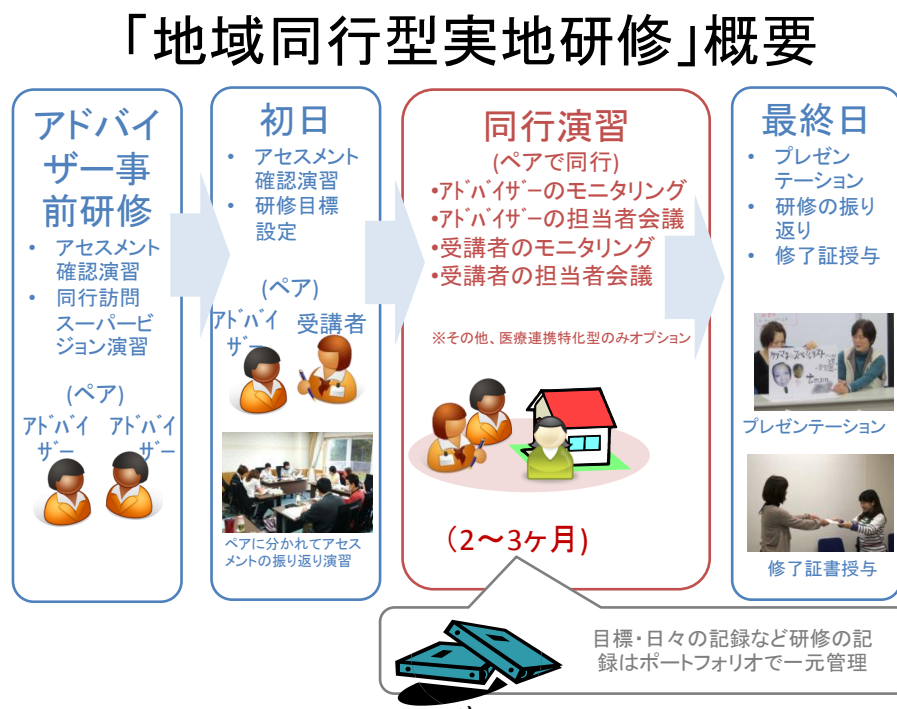
個別同行実習では、各ペアに分かれて、アドバイザー・受講者それぞれの担当国会議・モニタリング訪問への同行を行います。各地域のニーズに沿ってオプションメニューを追加することもできることとし、医療連携特化型のオプションとして訪問診療等への同行も可能とします（「Ⅱ運営事務局の業務 1. オプション研修の実施」参照）。

担当国会議への同行実習の目的は、受講者が担当国会議のファシリテート、調整、会議録作成を適切にできるようにすることです。またモニタリングへの同行実習の目的は、モニタリングの進め方、事後調整の在り方を学ぶことにあります。

### 4) 最終日全体研修

最終日全体研修は、それまでの実習を振り返り、学んだことを受講者が最終日に皆の前でプレゼンテーションを行い、アドバイザーや他の受講者、研修講師、ファシリテーターと共に研修の振り返りを行います。プレゼンテーションの目的は、研修で得た気づきの共有、及び受講者のプレゼンテーション力の向上にあります。

図表1 「地域同行型実地研修」概要



## 4. 対象

- ・ アドバイザー

- ◇ 主任介護支援専門員。主任介護支援専門員更新研修施行後は、同更新研修の受講予定者。
- ◇ アドバイザーとしての実習プログラム参加を、主任介護支援専門員の資格更新要件の一つとします。

(理由) 主任介護支援専門員は、他の介護支援専門員に対する助言・指導を行う立場であり、ある程度の実務を経て人材育成に対する課題意識を持ち始める層であるため。本研修は主任介護支援専門員養成研修におけるスーパービジョンの講義の実践の場となります。

また、資格更新要件の一つとすることにより、単なる実務経験5年以上の要件では、主任介護支援専門員の実務能力のばらつきが大きいです。実習を重ねることで主任介護支援専門員全般の質の平準化に繋がります。

- ・ 受講者

- ◇ 主任介護支援専門員研修受講前の介護支援専門員。
- ◇ 実践の中で業務に就いて1年程度が経過し、介護支援専門員の専門職としての業務に対する課題意識を持ち始める層が望ましいです。
- ◇ 受講者としての実習プログラム参加を、主任介護支援専門員の資格取得要件の一つとします。

(理由) 業務に就いて1年程度が経過した介護支援専門員は、平成24年度アンケート調査においても最もOJTが必要な時期とされた基礎研修修了者にもっとも近い層であるため。

バイザー（受講者）としての経験を積んだケアマネジャーがバイザーになることで、次世代の人材育成へと循環させることができます。

- ・ 実習協力施設

- ◇ 主任介護支援専門員が在籍する特定加算事業所には地域のケアマネジャー育成の義務を課します。特定加算事業所は、実習協力施設として、主任介護支援専門員の実習プログラム参加を支援します。
- ◇ 特定加算取得事業所の加算は、実習協力の対価として明確に位置付けます。
- ◇ その他実習協力施設についても、地域ケアの質の向上に対して貢献した施設として、施設名を公表します（例：自治体のホームページ上に施設名を表示）
- ◇ 本研修に参加した職員がOJTやスーパーバイズのノウハウを事業所に導入することにより、事業所内の人材育成に大きく寄与することが期待できます。

## 5. 運営体制

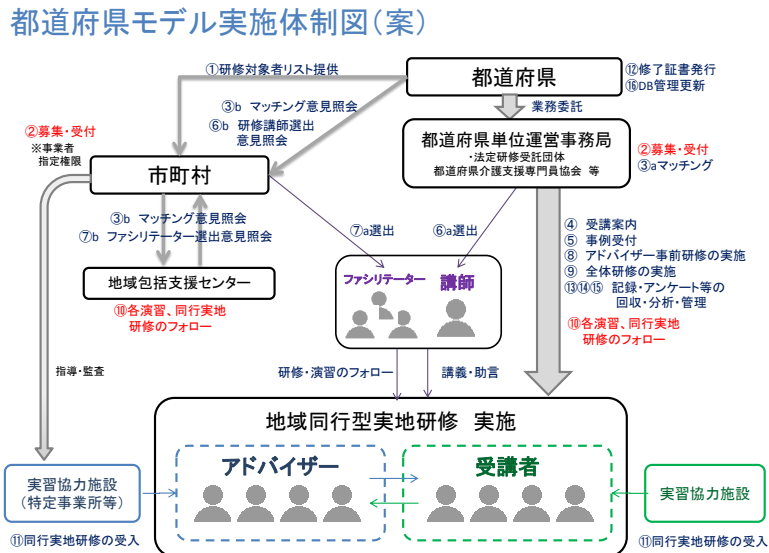
### 1) 事務局体制

平成24年度調査事業において検証した、市町村を基本単位とするモデルに加え、都道府県を基本単位として各市町村をサポートするモデルを提唱します。平成27年度に研修を任意導入するに当たっては、各自治体が自身の体力に応じていずれかのモデルを選択することを想定しています。

### I 都道府県モデル

- 都道府県を基本単位とし、都道府県がそれぞれ運営事務局に研修事業を委託して研修を実施します。運営事務局は、現行の法定研修の運営主体（地域の職能団体等）です。
- 実施に当たっては、市町村および地域包括支援センターの運営協力を得てください。参加者の募集・受付や各演習・同行実地研修のフォローについては、市町村と地域包括支援センターが業務を行うことにより、市町村の保険者機能強化と地域包括支援センターの本来機能の回復と強化を図ることができます。
- 市町村の協力が困難な場合は、数自治体が協働して運営を行ったり、運営事務局がこれらの業務を担当することも可能とします。その他詳細な役割分担については、各市町村と都道府県の協議により決定してください。

図表2 都道府県モデル実施体制図（案）



### II 市町村モデル（平成24年度パイロット研修実施モデルを改訂）

- 市町村を基本単位とし、市町村がそれぞれ運営事務局に研修事業を委託して研修を実施します。運営事務局は、地域包括支援センター、地域の中核的な居宅介護支援事業

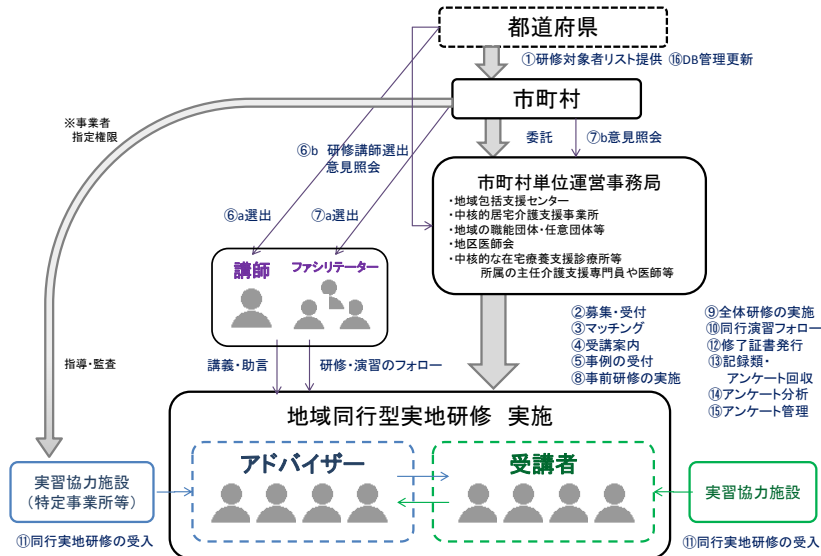
参考資料3. 各種マニュアル  
1) 運営事務局向け運営マニュアル

所、地域で組織されている介護支援専門員の職能団体や任意団体、地域の中核的な医療機関等の所属者により構成されます。

- ・ 本モデルを選択する場合、市町村の保険者機能強化と地域包括支援センターの本来機能の回復と強化は都道府県モデルを上回ります。
- ・ 一市町村による単独実施が困難な場合は、数自治体が協働して運営を行うことも可能とします。

図表3 市町村モデル実施体制図(案)

市町村モデル実施体制図(案)



図表4 役割分担表

	図中No.	主たる業務	I 都道府県モデル				II 市町村モデル			
			都道府県	市町村	事業所	都道府県	市町村	事業所		
			団体	包括	特定	特定	非特定	特定	非特定	
事前準備	①	主任ケアマネ・基礎研修修了者の名簿を市町村に提供	○					○		
	②	募集・受付		○	○			○		(照会先)
	③a	アドバイザー・受講者のマッチング		○				○		
	③b	意見照会 ⇒ 質・数の調整		○				○		
	④	受講案内		○				○		
選出	⑤	事例の受付		○				○		
	⑥a	研修講師の選出		○			○			
	⑥b	意見照会		○			○			
	⑦a	ファシリテーターの選出		○			○			
運営	⑦b	意見照会		○			○			
	⑧	アドバイザー事前研修の実施		○				○		
	⑨	初日研修・最終日研修の実施 (日程調整・会場設置・講師依頼)		○				○		
	⑩	各演習、同行実地研修のフォロー		○	または	○		○		
	⑪	同行実地研修の受け入れ							○	○
	⑫	修了証書を発行		○				○		
	⑬	記録書類・アンケートの回収		○				○		
	⑭	アンケートの分析		○				○		
	⑮	アンケートの管理		○				○		
	⑯	地域のカマナ・主任ケアマネ・事業所情報 (受講履歴含む)DBの更新管理		○				○		

## 2) 地域包括支援センターの役割

地域包括支援センターについては、本来的に地域のケアマネジャーを育成する役割を担うものの、限られた人員で介護予防や地域ケア会議等業務を要求され、業務量がひっ迫している状況にあります。さらに、地域包括支援センターに所属する人材の地域間格差が大きく、ケアマネジャーを組織的に指導ができており、包括支援センターの人材育成にも熱心な地域がある一方で、人材育成の機会に乏しくケアマネジメントの実践経験にも乏しく、指導可能なレベルに達していない地域も存在します。

そのため、地域包括支援センターの役割については、運営主体の裁量で流動的に割り振ることができる仕組みとします。

## 3) 費用負担

- ・ 実習協力施設：特定加算事業所には実習受け入れへの協力を義務付けるほか、実習協力をした施設については、地域ケアの質の向上に対して貢献した施設として、公表します（例：自治体のホームページ上に施設名を掲示）。
- ・ 運営事務局：委託料の中から、講師代、ファシリテーターへの謝金、会場費、印刷費、通信費、事務経費、受講者の保険料を負担  
※参加者（アドバイザー・受講者）の受講料は各運営主体が設定  
※交通費は参加者（アドバイザー・受講者）負担

## 6. 研修講師とファシリテーターの設置

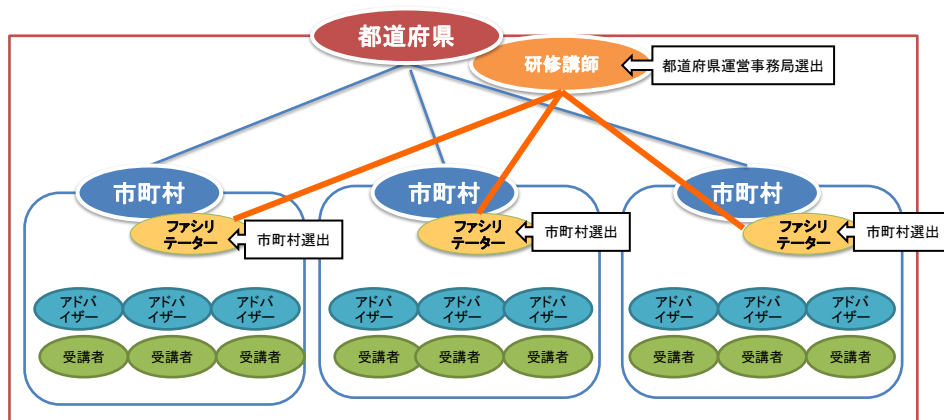
### 1) 研修講師

- ・ 各都道府県に研修講師を1名程度配置します。
- ・ 業務内容：①事前研修、初日及び最終日研修講師、②アドバイザーの育成と指導。
- ・ 選出方法：都道府県内の事業所に勤務し、実務経験・講師経験について十分に要件を満たす者の中から、運営事務局が選出を行います。

### 2) ファシリテーター

- ・ 各市町村にファシリテーターを1名程度配置します。
- ・ 業務内容：①アドバイザーの育成と指導、②アドバイザーと受講者間の関係調整
- ・ 選出方法：市町村内の地域包括支援センターに勤務し、実務経験・講師経験について十分に要件を満たす者の中から、市町村が選出を行います。市町村内に要件を満たす者が少ない場合は、複数市町村合同で1名を配置することも可能とします。

図表5 研修講師・ファシリテーター体制図



## 7. テキスト及び運営マニュアルと評価支援ツール

- ・ 運営事務局に対しては運営マニュアル、受講者・アドバイザーに対してはテキストを用意します。また研修評価ツールとして、アンケート及び記録用紙を提供します。
  - ・ 地域同行型実地研修運営マニュアル
  - ・ 地域同行型実地研修アドバイザーテキスト
  - ・ 地域同行型実地研修受講者テキスト
- ・ アドバイザーには、受講者に対する指導を支援するためのツールとして、各場面に対応したスーパービジョン支援ツールを提供します。
  - ・ アセスメント確認用紙（アドバイザー用）
  - ・ サービス担当者会議評価ツール（アドバイザー用）
  - ・ 同行訪問モニタリングツール（アドバイザー用）
- ・ 受講者には、自己評価を支援するためのツールとして、各場面に対応した自己評価ツールを提供します。
  - ・ アセスメント確認用紙（受講者用）
  - ・ サービス担当者会議評価ツール（受講者用）
  - ・ 同行訪問モニタリングツール（受講者用）

## II 運営事務局の業務

### 1. 実施スケジュール

標準的な実施スケジュールは、事前準備を約 60 日、実施期間（初日全体研修～最終日全体研修）を約 2～3 カ月とします（図表 6）。

図表 6 実施スケジュール

日程	実施内容	詳細	場所	時間
60 日前	募集・受付	<ul style="list-style-type: none"> <li>実習協力施設を募集。</li> <li>実習協力施設からアドバイザー候補の推薦を受けて決定。</li> <li>受講者の募集を開始し、申し込みを受け付ける。</li> </ul>	—	—
30 日前	受講案内と事例提出	<ul style="list-style-type: none"> <li>アドバイザー・受講者に研修資料を送付する。</li> <li>アドバイザーはフェースシートを運営事務局に提出し、テキストの「A さん事例」を用いてアセスメント確認を行い、事前研修に備える。</li> <li>受講者はフェースシートと困っているケース 1 事例の記録（個人情報削除済み；2 部）を運営事務局に提出する。</li> <li>運営事務局はフェースシートをもとに、アドバイザーと受講者のペアを作る。</li> </ul>	—	—
30 日前 ～開始	アドバイザー事前研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>アドバイザーを対象に事前研修を開催し、アセスメント確認の方法や実習での指導法等について、認識を共有する。</li> <li>経験と評価に基づいて県単位で選出された主任介護支援専門員が講師を務める。</li> <li>アドバイザーとしての研修目標を設定する。</li> <li>アドバイザーはペアとなる受講者が提出したケースを事務局から受け取る。</li> </ul>	研	4
	研修準備	<ul style="list-style-type: none"> <li>アドバイザーは、初日までに受講者提出ケースのアセスメント確認を行う。</li> <li>受講者は「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム 実施テキスト」を読み、研修内容を理解する。</li> </ul>	—	—
開始	初日全体研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>研修趣旨説明</li> <li>講義：ケアマネジメント業務の考え方と進め方（研修講師；DVD）</li> <li>演習：提出ケースを用いたアセスメント確認</li> <li>研修目標設定：「目標設定用紙」を使用してアドバイザーと相談しながら目標を設定し、個別実習の日程調整を行う。</li> </ul> <p>※アドバイザーと受講者はそれぞれ同行利用者を選定し、個別実習の前までに同意を取得する。利用者又は家族の署名した同意文書は、アドバイザー・受講者向けの同意文書と共にプログラム運営事務局に提出する。</p> <p>※あわせて個別実習日程報告用紙にも所定事項を記入の上、同事務局に提出する。</p>	研	3

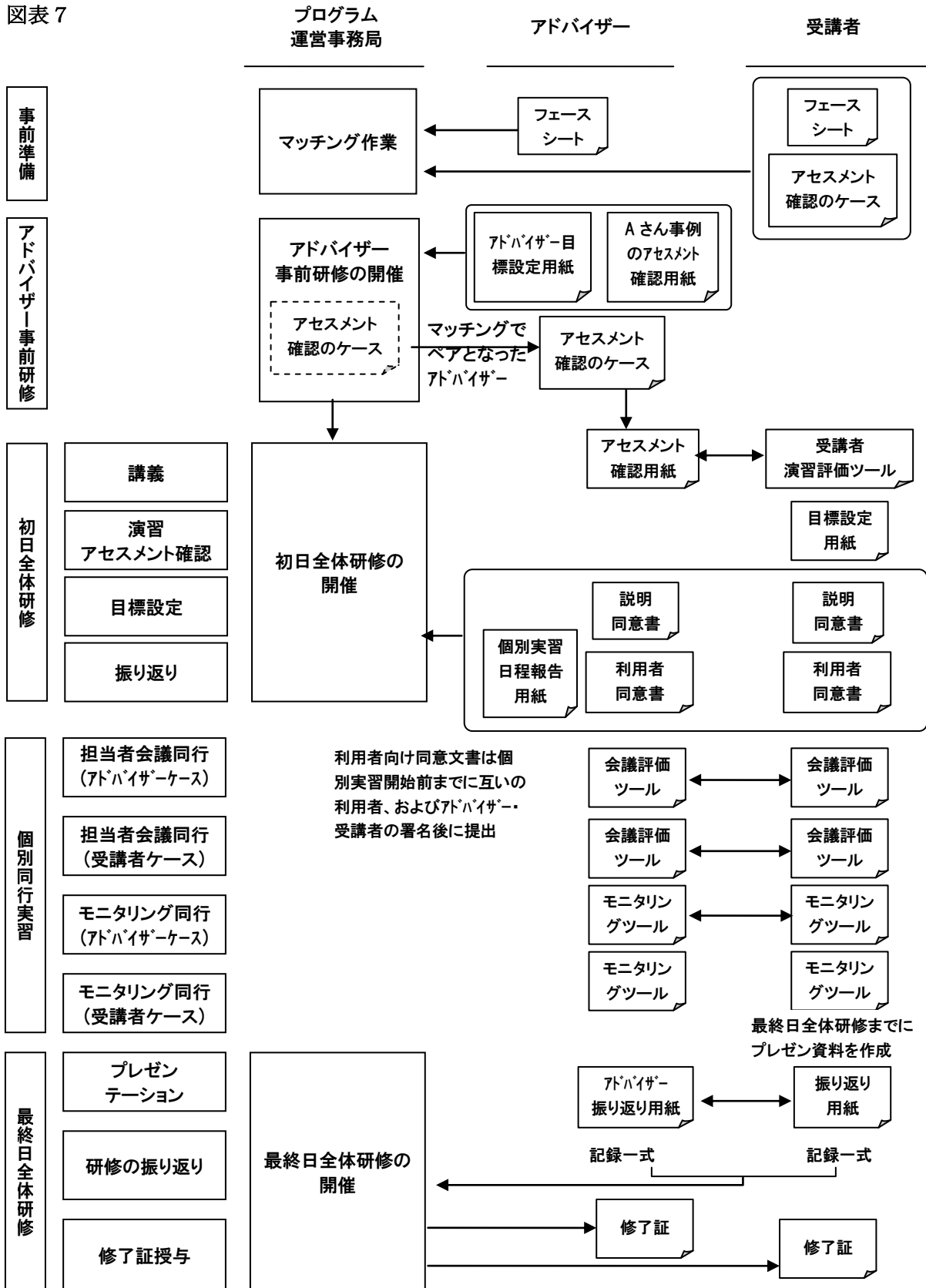
参考資料3. 各種マニュアル  
1) 運営事務局向け運営マニュアル

日程	実施内容	詳細	場所	時間
2～ 3ヶ月	個別同行実習	※順不同 ※基本的には、以下の個別実習を半日×4回行う。		
		サービス担当者会議(アドバイザー担当ケース)	実	3
		同行訪問モニタリング(アドバイザー担当ケース)	利	3
		サービス担当者会議(受講者担当ケース)	受	3
		同行訪問モニタリング(受講者担当ケース・提出事例)	利	3
	最終日全体研修準備			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>最終日のプレゼンテーションに向けて、受講者は資料を作成し、アドバイザーは随時助言する。</li> </ul>	—	—
最終日	最終日全体研修			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>プレゼンテーション:各受講者が期間中に扱った1事例を選び、研修で得た気付きや学びをまとめて発表し、質疑応答を行う。</li> <li>振り返り:各受講者の研修での体験内容・できたこと・できなかったこと・感情・今後の抱負を全体で共有する。</li> <li>修了証授与</li> </ul>	研	4



## 2. 運営フロー

図表7



### 3. オプション研修の企画

プログラム運営事務局は、関連自治体等と協議の上、地域の介護支援専門員の育成に係る課題を確認し、その解決に向けたプログラムの内容・方法を検討し、決定します。

例えば、看護系の基礎資格を有する介護支援専門員が増加している昨今の状況への対応として、医療機関の協力を得て、退院前カンファレンスへの同席、在宅看護・在宅診療への同行等が考えられます。

その他、事例検討会に参加する機会のない（又は少ない）受講者に対しては、実習協力施設である特定事業所の協力を得て、事例検討会への同席等も想定されます。

## 4. 研修準備

### 1) 募集・受付

都道府県が委託先の運営事務局及び市町村に対して主任介護支援専門員名簿、実務者基礎研修修了者名簿を提出します。

運営事務局は研修開始の60日前頃から、実習協力施設を募集します(「I.研修の概要4.対象」参照)。決定した実習協力施設には、アドバイザー候補を推薦してもらいます。

併せて、名簿に基づき、地域内の主任介護支援専門員及び実務者基礎研修修了者に対して募集と受付を行います。

市町村が募集・受付担当の場合は、案内送付先の選定及び応募要件の設定についても裁量をもって実施できます。受付終了後、市町村の審査を通過した応募者のリストを運営事務局に提出します。

#### 【配布書類】

- ・ 様式1：実習協力施設への説明文書
- ・ 様式2：受講者募集に関する事業所説明文書

### 2) 関係者の日程調整とスケジュール決定

アドバイザー事前研修、初日全体研修、最終日全体研修でのファシリテーターや研修講師等の日程を調整し、それぞれの開催日を決定します。

開催日程の目安は、前述の「II-1 実施スケジュール」を参照してください。

### 3) 会場準備

初日全体研修、最終日全体研修の開催日に使用できる会場を探し、予約します。

会場は、出席する人数を考慮に入れる他、交通の便や費用等を勘案したうえで決定します。

### 4) 受講案内

アドバイザー・受講者にそれぞれ受講案内及び研修資料を送付します。アドバイザー向けの受講案内には、アドバイザー事前研修の案内も記載します。

#### 【送付資料】

- ・ 受講者向け
  - 様式3：受講予定者への連絡文書（フェースシート含む）
  - 受講者テキスト（資料集含む）
- ・ アドバイザー向け
  - 様式4：アドバイザーへの連絡文書（フェースシート含む）
  - アドバイザーテキスト（資料集含む）

## 5) フェースシート・事例提出

マッチングを行うために、アドバイザーはフェースシート、受講者はフェースシートとアセスメント確認を行うための事例を運営事務局に提出します。

なお、フェースシートに記入された個人情報は、予め定められた目的内での使用のみ行い、漏えいには十分な注意が必要です。

### 【回収書類】

- ・ (受講者から) フェースシート (様式3: 受講予定者への連絡文書)
- ・ (受講者から) 事例 (受講者テキスト「第1章8(2) ケースの提出」参照)
- ・ (アドバイザーから) フェースシート (様式4: アドバイザー予定者への連絡文書)

## 6) アドバイザーと受講者のマッチング

運営事務局は、参加希望者について、受講者及びアドバイザーの所属する事業所の所在地を勘案しつつ、以下の基準に基づいて数の調整とマッチングを行い、市町村に選抜結果とマッチング結果を連絡します。

市町村は、マッチング結果について、地域包括支援センターの協力を仰ぎつつ確認と調整を行い、運営事務局に調整結果を連絡してください。

- 基準項目 (案) : ①参加者の所属事業所の規模 (小規模と大規模;  
例: 2人以下と3人以上)  
②参加者の職種 (医療系と福祉系、等)

※スーパービジョンの教育的機能・支持的機能の醸成のためには、所属事業所とは異なる事業所の者同士のペアリングが望ましい。

※事業所の種類 (施設同士・居宅同士で組ませるか、異種業種間で組ませるか) については、都道府県もしくは市町村の裁量に任せます。

※年齢、経験年数、相性については考慮しません。

※エクセルツール等を用いて機械的にマッチングすることを想定しています。

## 5. 研修の運営

### 1) アドバイザー事前研修

アドバイザーを担当する主任介護支援専門員を対象とするアドバイザー事前研修を開催し、講義と演習を通じてスーパービジョン力の底上げを図ります。スーパービジョンの基礎に関する講義ののち、DVD教材を用いた演習を行います。

地域同行型実地研修の概要説明も同日に行います。本番で使用するスーパービジョン支援ツールについても、併せて説明します。また、受講者から提出された事例を、各々ペアとなるアドバイザーに配布します。アドバイザーは受取ったケースを用いて、初日の全体研修会までに提出事例のプラン確認を行います。

#### 【主な実施内容】

- ・ スーパービジョンの基礎知識に関する講義
- ・ スーパービジョン演習
- ・ 地域同行型実地研修の趣旨説明
- ・ スーパービジョン支援ツールの使用方法説明

#### 【準備】

- ・ 講師は研修講師もしくはファシリテーターが担当します。司会は、運営事務局と講師いずれでも構いません。当日までに進行を調整してください。
- ・ 講義・演習については、DVDを用意しますので、活用してください。

#### 【参加者準備】

- ・ テキスト参考資料3「ケアマネジメント業務の考え方と研修の進め方」を通読します。
- ・ 架空アセスメント事例「Aさん事例」（テキスト参考資料2）について、アセスメント確認用紙（様式3-1）にチェックを行い、コメントを記録します。

#### 【配布資料】

- ・ アセスメント確認事例（受講者から受領したケースをペアとなるアドバイザーに渡します）

#### 【作成資料】

- ・ アドバイザー目標設定用紙（アドバイザーテキスト 様式3-2）  
※ 目標設定用紙はアドバイザーが最終日まで管理します。

参考資料3. 各種マニュアル  
1) 運営事務局向け運営マニュアル

<アドバイザー事前研修 時間配分モデル 全体約4時間>

※必ずしも沿わなくても構いません。

全体説明	30分	
講義 スーパービジョンの基礎知識	30分	
演習1 アセスメント確認演習		
ツールの使用方法（復習）	5分	Aさん事例に基づいた指導ロールプレイDVDを上映。参加者は視聴しながら付箋に良いと思う点・疑問に思う点をコメント。付箋をホワイトボードに貼る
〔演習〕DVD視聴	15分	
会場発表	15分	
講師コメント・総評	10分	
演習2 サービス担当者会議演習		
〔演習〕DVD視聴	15分	サービス担当者会議指導ロールプレイDVDを上映。参加者は視聴しながら付箋に良いと思う点・疑問に思う点をコメント。付箋をホワイトボードに貼る
会場発表	15分	
講師コメント・総評	10分	
演習3 同行訪問演習		
〔演習〕DVD視聴	15分	同行訪問指導ロールプレイDVDを上映。参加者は視聴しながら付箋に良いと思う点・疑問に思う点をコメント。付箋をホワイトボードに貼る
会場発表	15分	
講師コメント・総評	10分	
地域同行型実地研修の説明	10分	事前研修との相違点など
スーパービジョン支援ツールの使用方法説明	20分	
研修目標設定	15分	
事務連絡	5分	

## 2) 初日全体研修に向けた受講者・アドバイザーの準備

アドバイザーは、初日までに「アセスメント確認用紙」を用いて提出ケースのアセスメント確認を行います。アセスメント確認の方法は、別冊「アドバイザーテキスト」に記載しています。

受講者は、「受講者テキスト」を通読し、研修内容を確認します。

初日全体研修の後の個別同行実習は、基本的にアドバイザーと受講者のみで行います。初日全体研修時に、個別実習の日程を把握すべく、記入済みの「個別実習日程報告用紙」を回収します。

「初日全体研修」及び「個別実習」それぞれの実施内容の詳細については、「受講者テキスト」もしくは「アドバイザーテキスト」を参照してください。

### 3) 初日全体研修

#### 【主な実施内容】

- ・ 研修の趣旨説明
- ・ 講義：アセスメント確認の目的と必要性
- ・ 演習：研修目標の設定
- ・ 演習：提出ケースを用いたアセスメント確認
- ・ 初日の振り返り

#### 【準備】

- ・ 講師は研修講師が担当します。司会は、運営事務局と講師とのいずれでも構いません。当日までに進行を調整してください。
- ・ 講義内容については、講義用 DVD がありますので、活用してください。
- ・ 演習では、受講者とアドバイザーのペアが隣同士になるように席を配置します。

#### 【評価】

- ・ 事前評価のために、研修開始前にアドバイザーと受講者に事前アンケートを記入してもらい、回収します。

#### 【当日作成資料】

資料（様式）	回収/本人管理
受講者	
目標設定用紙（受講者テキスト 様式 2-3）	本人管理
アセスメント確認演習チェック表（受講者テキスト 様式 2-1）	本人管理
説明同意書（受講者テキスト 様式 1-2）	回収
利用者同意書（受講者テキスト 様式 3） ※個別実習開始前まで。個人情報の関係から有無確認の後、受講者に返却	回収
個別実習日程報告用紙（受講者テキスト 様式 2-4）	回収
様式 6：事前アンケート用紙	回収
アドバイザー	
アセスメント確認用紙（アドバイザーテキスト 様式 3-1）	本人管理
説明同意書（アドバイザーテキスト 様式 1-2） ※個別実習開始前まで。個人情報の関係から有無確認の後、返却	回収
利用者同意書（アドバイザーテキスト 様式 2）	回収
様式 6：事前アンケート用紙	回収



参考資料3. 各種マニュアル  
1) 運営事務局向け運営マニュアル

<初日全体研修 時間配分モデル 全体約3時間>

※必ずしも沿わなくても構いません。

時間	項目	内容	担当
5分	挨拶・趣旨説明	参加者が元気になる言葉かけ	研修講師、運営担当、運営代表者等
20分	自己紹介	アドバイザー、受講者の自己紹介。アイスブレイク。	研修講師又は運営担当
20分	事業内容の説明・質疑応答	研修テキストを用いて説明。初日全体研修用DVD(15分程度)を活用可。	研修講師又は運営担当
10分	休憩	席替え	—
5分	アセスメント確認と目標設定について	アセスメント確認の実施と目標設定についての説明。	研修講師
55分	アセスメント確認の実施	ペアに分かれて、アセスメント確認の実施。	(各ペア)
10分	休憩	席替え	—
30分	アセスメント確認による気づきの発表	アセスメント確認実施の結果、各ペアから気付いたことを報告してもらい、気づきを共有。	研修講師
10分	目標の設定	アセスメント確認の結果も踏まえて、ペアに分かれて受講者の目標を設定。	(各ペア)
10分	振り返り	受講者：目標設定用紙、アセスメント確認演習チェック表の記入 アドバイザー：アセスメント確認演習チェック表の記入。	(各ペア)
5分	閉会	次回日程確認、資料回収	

#### 4) 個別同行実習

##### 【主な実施内容】

- ・ 演習：担当者会議への同行
  - アドバイザー担当ケース
  - 受講者担当ケース
- ・ 演習：モニタリングへの同行
  - アドバイザー担当ケース
  - 受講者担当ケース

##### 【準備】

- ・ 原則としてアドバイザーと受講者のペアで行うため、運営事務局が実施することはありません。
- ・ アドバイザーや受講者が、ファシリテーターや講師にアドバイスを求める際に、宇根委事務局は、連絡調整を補助したり、面接の場を提供するなど、可能な範囲で補助してください。

#### 5) 最終日全体研修に向けた受講者・アドバイザーの準備

最終日全体研修のプレゼンテーションに向けて、受講者は資料を作成し、アドバイザーは随時助言します。

## 6) 最終日全体研修

### 【主な実施内容】

- ・ 演習：受講者によるプレゼンテーション
- ・ 研修全体の振り返り
- ・ 修了証授与

### 【準備】

- ・ 講師は研修講師が担当します。司会は、運営事務局と講師とのいずれでも構いません。当日までに進行を調整してください。
- ・ 受講生によるプレゼンテーションのため、PC やプロジェクタ、または模造紙等を準備してください。
- ・ 授与する修了証を準備してください。
- ・ 事後アンケートを準備してください。

### 【評価】

- ・ アドバイザーや受講者が本プログラム内で記録した各種用紙（目標設定用紙やスーパービジョン支援ツール、自己評価ツール、振り返り用紙）を回収します。なお、これらの用紙はプログラム評価終了後に返却します。
- ・ さらに事後評価のために、研修終了時にアドバイザーと受講者に事後アンケートを記入してもらい、回収します。

### 【配布書類】

- ・ 様式 5：修了証

### 【回収資料】

- ・ 受講者から回収
  - プレゼンテーション資料（受講者には、本調査事業の評価終了後、返却いたしません）
  - 目標設定用紙（受講者テキスト 様式 2-3）
  - 自己評価ツール
    - ◇ アセスメント確認演習チェック表（受講者テキスト 様式 2-1）
    - ◇ サービス担当者会議評価ツール（受講者テキスト 様式 4-1）
    - ◇ 同行訪問モニタリングツール（受講者テキスト 様式 1-2）
  - 振り返り用紙（受講者テキスト 様式 4-3）
  - 様式 7：事後アンケート

参考資料3. 各種マニュアル  
1) 運営事務局向け運営マニュアル

- ・ アドバイザーから回収
  - アドバイザー目標設定用紙（アドバイザーテキスト 様式 3-2）
  - スーパービジョン支援ツール
    - ☆ アセスメント確認用紙（アドバイザーテキスト 様式 3-1）
    - ☆ サービス担当者会議評価ツール（アドバイザーテキスト 様式 4-3）
    - ☆ 同行訪問モニタリングツール（アドバイザーテキスト 様式 4-3）
  - 振り返り用紙（アドバイザーテキスト 様式 5）
  - 様式 7：事後アンケート

<最終日全体研修 時間配分モデル 全体約 4 時間>

※必ずしも沿わなくても構いません。

時間	項目	内容	担当
5 分	挨拶	研修講師、運営担当、運営代表者等から挨拶	—
15 分	実習の状況	各ペアの実施状況や感想について簡単に確認（アイスブレイク）	研修講師
170 分	プレゼンテーション	約 15 分×10 ペア 各受講者発表 7 分 アドバイザーコメント 3 分 その他メンバーからのコメント 5 分 ※ペアが少ない場合は発表・コメント時間を適宜調整。 ※途中適宜休憩（10 分×2 回程度）を入れる。	研修講師 又は運営担当
10 分	休憩	席替え	—
15 分	プレゼンテーションの総括	プレゼンテーションを聞いて、地域リーダーとして感じたことをコメント、意見交換。	研修講師
10 分	修了証授与	研修講師から受講者・アドバイザーに修了証授与	研修講師
10 分	振り返り	受講者・アドバイザー：振り返り用紙の記入	（各ペア）
5 分	閉会	資料回収	

## 6. アンケートと名簿の管理


### 1) アンケート集計と管理

研修の効果測定のためのアンケートを添付しています（様式 6、様式 7）。運営事務局において集計・分析を行い、次回運営にご活用ください。

### 2) 受講者名簿の管理

市町村が運営事務局を担う場合は、研修に参加、修了したアドバイザー、受講者、実習協力者のリストを、研修終了後に都道府県に提出してください。

都道府県では、既存の主任介護支援専門員名簿、事業所情報に本研修の情報を反映し、次回研修の折には、更新済みの名簿をもとに新たに募集・受付を行ってください。



## 資料集

※運営事務局が使用する資料を掲載しています。

受講者が提出する資料は「受講者テキスト」、アドバイザーが提出する資料は「アドバイザーテキスト」の巻末にそれぞれ掲載しています。

[様式1：実習協力施設への説明文書]

平成 年 月 日

〇〇〇〇事業所

管理者 様

(実施主体名)

(代表者役職・氏名)

### 地域同行型実地研修のアドバイザー推薦に関するお願い

拝啓 時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

この度、(実施主体)では、地域内で介護支援専門員を育成する短期実習プログラムとして、地域同行型実地研修を実施することとなりました。本研修は、日本ケアマネジメント学会が平成20年度より6年にわたって実施した調査研究の成果に基づき構築されました。

研修は、OJTの機会が十分ではない介護支援専門員に対する現場での実習に主眼を置いた研修プログラムによる地域全体で人材を育成する仕組みであり、主任介護支援専門員(アドバイザー)が地域の介護支援専門員(受講者)に助言・指導を行う内容です。研修ではアセスメントからモニタリングまでの基本的なケアマネジメントプロセスに重点を置き、アドバイザーによるケアプランの確認演習、サービス担当者会議及びモニタリングへの同行演習、受講者によるプレゼンテーション等をプログラムに含みます。

本研修で助言・指導を受けた受講者は、将来的には次世代の育成を担っていくことと目しており、地域内の人材育成循環サイクルを確立することが可能となります。

つきましては、貴事業所より、本研修に参加するアドバイザーをご推薦いただきたく、ご連絡差し上げる次第です。日々業務ご多忙の折、大変恐縮ですが上記趣旨をご理解いただき、ご協力下さいますよう、よろしくお願い申し上げます。

末筆ではございますが、貴殿の益々のご発展を祈念いたします。

敬具

記

#### 1. 貴事業所への依頼事項

- ●●●●様によるアドバイザーとして本プログラムへの参加
- 実習の受入
  - ・ ●●●●様担当ケースへの受講者(他事業所の介護支援専門員)の同行
  - ・ ●●●●様担当者会議への受講者(他事業所の介護支援専門員)の同席

## 2. 連絡先

担当者

●●●●●●●●●●●●●●●● (所属、氏名)

連絡先

●●●●●●●●●●●●●●●●

●●●●●●●●●●●●●●

電話：(●●●) ●●●●● Fax：(●●●●) ●●●●●

以上



[様式1: 実習協力施設への説明文書(3/4)]

別紙

地域同行型実施研修プログラム概要

地域によって運用に多少の違いが生じる可能性がありますが、研修全体のスケジュールは概ね下表の通りです。

日程	実施内容	詳細	場所	時間
30 日前		<p>受講案内と事例提出</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>アドバイザー・受講者に研修資料を送付します。</li> <li>アドバイザーはフェースシート・参加同意書を運営事務局に提出し、テキストの「Aさん事例」を用いてアセスメント確認を行い、事前研修に備えてください。</li> <li>受講者はフェースシート・参加同意書と困っているケース1事例の記録（個人情報削除済み；2部）を運営事務局に提出してください。</li> <li>運営事務局はフェースシートをもとに、アドバイザーと受講者のペアを作ります。</li> </ul>		
30 日前～ 開始	アドバイザー事前研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>アドバイザーを対象に事前研修を開催し、アセスメント確認の方法や実習での指導法等について、認識を共有します。</li> <li>経験と評価に基づいて県単位で選出された主任介護支援専門員が講師を務めます。</li> <li>アドバイザーとしての研修目標を設定します。</li> <li>アドバイザーはペアとなる受講者が提出したケースを事務局から受け取ります。</li> </ul>	研修会場	4
	研修準備	<ul style="list-style-type: none"> <li>アドバイザーは、初日までに受講者提出ケースのアセスメント確認を行ってください。</li> <li>受講者は「地域同行型実地研修 受講者テキスト」を読み、研修内容を理解してください</li> </ul>	—	—
開始	初日全体研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>研修趣旨説明</li> <li>講義：ケアマネジメント業務の考え方と進め方（研修講師もしく</li> </ul>	研修会場	3

日程	実施内容	詳細	場所	時間
		<p>はDVD)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>演習：提出ケースを用いたアセスメント確認</li> <li>研修目標設定：受講者は「目標設定用紙」を使用してアドバイザーと相談しながら目標を設定します。</li> </ul> <p>※アドバイザーと受講者はそれぞれ同行利用者を選定し、利用者又は家族の署名した利用者同意書を、個別同行実習の前までに運営事務局に提出してください。</p> <p>※個別同行実習の前までに、アドバイザーと受講者は個別同行実習の日程を調整し、日程報告用紙（受講者テキストに添付）に記入の上、運営事務局に提出してください。</p>		
約2～3ヶ月	個別同行実習	※順不同 ※基本的には、以下の個別実習を半日×4回行います。		
		サービス担当者会議（アドバイザー担当ケース）	実習協力施設	3
		同行訪問モニタリング（アドバイザー担当ケース）	利用者宅	3
		サービス担当者会議（受講者担当ケース）	受講者所属事業所	3
		同行訪問モニタリング（受講者担当ケース・提出事例）	利用者宅	3
	最終日全体研修準備			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>最終日のプレゼンテーションに向けて、受講者は資料を作成し、アドバイザーは随時助言します。</li> </ul>	—	—
初日全体研修から2～3ヶ月後	最終日全体研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>プレゼンテーション：各受講者が期間中に扱った1事例を選び、研修で得た気付きや学びをまとめて発表し、質疑応答を行います。</li> <li>振り返り：各受講者の研修での体験内容・できたこと・できなかったこと・感情・今後の抱負を全体で共有します。</li> <li>修了証授与</li> </ul>	研修会場	4

[様式2：受講者募集に関する事業所説明文書]

平成 年 月 日

〇〇〇〇事業所

管理者 様

(実施主体名)

(代表者役職・氏名)

### 地域同行型実地研修の受講者募集に関するお願い

拝啓 時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

この度、(実施主体)では、地域内で介護支援専門員を育成する短期実習プログラムとして、地域同行型実地研修を実施することとなりました。本研修は、日本ケアマネジメント学会が平成20年度より6年にわたって実施した調査研究の成果に基づき構築されました。

研修は、OJTの機会が十分ではない介護支援専門員に対する現場での実習に主眼を置いた研修プログラムによる地域全体で人材を育成する仕組みであり、主任介護支援専門員(アドバイザー)が地域の介護支援専門員(受講者)に助言・指導を行う内容です。研修ではアセスメントからモニタリングまでの基本的なケアマネジメントプロセスに重点を置き、アドバイザーによるケアプランの確認演習、サービス担当者会議及びモニタリングへの同行演習、受講者によるプレゼンテーション等をプログラムに含みます。

本研修で助言・指導を受けた受講者は、将来的には次世代の育成を担っていくことと目しており、地域内の人材育成循環サイクルを確立することが可能となります。

つきましては、貴事業所より、本研修に参加する受講者をご推薦いただきたく、ご連絡差し上げる次第です。日々業務ご多忙の折、大変恐縮ですが上記趣旨をご理解いただき、ご協力下さいますよう、よろしくお願い申し上げます。

末筆ではございますが、貴殿の益々のご発展を祈念いたします。

敬具

記

#### 1. 貴事業所への依頼事項

- ●●●● 様 のプログラムへの参加
- 実習の受入
  - ・ ●●●●様担当ケースへのアドバイザー(他事業所の主任介護支援専門員)の同行
  - ・ ●●●●様担当者会議へのアドバイザー(他事業所の主任介護支援専門員)の同席



[様式2: 受講者募集に関する事業所説明文書](3/4)

別紙

地域同行型実施研修プログラム概要

地域によって運用に多少の違いが生じる可能性があります、研修全体のスケジュールは概ね下表の通りです。

日程	実施内容	詳細	場所	時間
30 日前		<b>受講案内と事例提出</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>アドバイザー・受講者に研修資料を送付します。</li> <li>アドバイザーはフェースシート・参加同意書を運営事務局に提出し、テキストの「A さん事例」を用いてアセスメント確認を行い、事前研修に備えてください。</li> <li>受講者はフェースシート・参加同意書と困っているケース1事例の記録（個人情報削除済み；2部）を運営事務局に提出してください。</li> <li>運営事務局はフェースシートをもとに、アドバイザーと受講者のペアを作ります。</li> </ul>		
30 日前 ～開始	アドバイザー事前研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>アドバイザーを対象に事前研修を開催し、アセスメント確認の方法や実習での指導法等について、認識を共有します。</li> <li>経験と評価に基づいて県単位で選出された主任介護支援専門員が講師を務めます。</li> <li>アドバイザーとしての研修目標を設定します。</li> <li>アドバイザーはペアとなる受講者が提出したケースを事務局から受け取ります。</li> </ul>	研修会場	4
	研修準備	<ul style="list-style-type: none"> <li>アドバイザーは、初日までに受講者提出ケースのアセスメント確認を行ってください。</li> <li>受講者は「地域同行型実地研修 受講者テキスト」を読み、研修内容を理解してください</li> </ul>	—	—
開始	初日全体研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>研修趣旨説明</li> <li>講義：ケアマネジメント業務の考え方と進め方（研修講師もしくはDVD)</li> </ul>	研修会場	3

日程	実施内容	詳細	場所	時間
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 演習：提出ケースを用いたアセスメント確認</li> <li>・ 研修目標設定：受講者は「目標設定用紙」を使用してアドバイザーと相談しながら目標を設定します。</li> </ul> <p>※アドバイザーと受講者はそれぞれ同行利用者を選定し、利用者又は家族の署名した利用者同意書を、個別同行実習の前までに運営事務局に提出してください。</p> <p>※個別同行実習の前までに、アドバイザーと受講者は個別同行実習の日程を調整し、日程報告用紙（受講者テキストに添付）に記入の上、運営事務局に提出してください。</p>		
約2～3ヶ月	個別同行実習	※順不同 ※基本的には、以下の個別実習を半日×4回行います。		
		サービス担当者会議（アドバイザー担当ケース）	実習協力施設	3
		同行訪問モニタリング（アドバイザー担当ケース）	利用者宅	3
		サービス担当者会議（受講者担当ケース）	受講者所属事業所	3
		同行訪問モニタリング（受講者担当ケース・提出事例）	利用者宅	3
	最終日全体研修準備			
		・ 最終日のプレゼンテーションに向けて、受講者は資料を作成し、アドバイザーは随時助言します。	—	—
初日全体研修から2～3ヶ月後	最終日全体研修			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ プレゼンテーション：各受講者が期間中に扱った1事例を選び、研修で得た気付きや学びをまとめて発表し、質疑応答を行います。</li> <li>・ 振り返り：各受講者の研修での体験内容・できたこと・できなかったこと・感情・今後の抱負を全体で共有します。</li> <li>・ 修了証授与</li> </ul>	研修会場	4

[様式3：受講予定者への連絡文書]

平成 年 月 日

地域同行型実地研修受講予定者の皆様

(実施主体名)  
(代表者役職・氏名)

研修テキストの送付 及び  
事前アンケート及び事例提出のお願い

拝啓 時下ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

この度、(実施主体)では、地域同行型実地研修を実施する運びとなりました。

本研修では、OJTの機会が十分ではない介護支援専門員に対する現場での実習に主眼を置いたモデル研修プログラムによる地域全体で人材を育成する仕組みの構築を目指しており、アセスメントからモニタリングまでの基本的なケアマネジメントプロセスに重点を置いた、主任介護支援専門員のチームによるOJTでのケアプランの確認から担当者会議及びモニタリングへの同行を予定しています。

受講者として参加予定の方には、お送りする研修テキストを事前によくお読みいただくとともに、以下のご協力をよろしくお願い申し上げます。

敬具

受講予定者の皆様へのお願い

1. 研修開始に先立ち、アドバイザーとのペアを作成するとともに、事前に皆様の受講に対するご希望をうかがうため、別紙フェースシート・アンケートへのご回答を、●月●日(●)までをお願いいたします。
2. 研修は、概ね別紙のような内容を予定しております。研修初日に、指導者の方と皆様との間で実際のケアプランを見ながら意見交換をする時間を設けています。つきましては、アドバイザーに相談したい事例(1事例)について、アセスメント表、居宅サービス計画書の1~3表、サービス担当者会議録、支援経過、モニタリング表のコピーを、●月●日(●)までにご提出くださいますようお願いいたします。なお提出にあたり、住所・氏名等を削除していただくなどして匿名化をお願いいたします。(提出いただいた事例は、本事業以外には使用いたしません。)

以上、大変お手数をおかけいたしますがよろしくお願い申し上げます。

[様式3: 受講予定者への連絡文書](2/5)

別紙 1

演習に用いるケアプランの提出について

受講者は初日全体研修の演習「アセスメント確認」に用いるケースをプログラム運営事務局に提出します。ケースは自身の担当する「困っているケース」1 事例で、以下の書類をコピーし、2 部ずつ用意してください。

提出した書類は、マッチングにて決定したアドバイザーに事務局からお渡します。

①	アセスメント用紙	様式は任意。現状使用書類のコピーで可。
②	居宅サービス計画表 (第1表～3表)	現状使用書類のコピーで可。
③	担当者会議議事録	直近1ヶ月分程度。現状使用書類のコピーで可。
④	支援経過表	直近1ヶ月分程度。現状使用書類のコピーで可。
⑤	モニタリング表	直近1ヶ月分程度。現状使用書類のコピーで可。
(可能であれば)	主治医の意見書	直近1ヶ月分程度。現状使用のコピーで可。

※いずれも個人を特定する情報は削除してください。

**【個人情報の保護についての留意事項】**

- 個人名や住所は記載せず、匿名ないし仮名にします。  
イニシャルは使用せず、Aさん、Bさんなどとしてください。
- 個人に関連する町名や家族などの具体的な職業名等にも注意が必要です。  
例えば、「薬局を開業」→「小売業」、「薬剤師」→「会社員」、  
「精肉販売」→「小売業」
- 事業所名、病院名なども匿名あるいは仮名にします。
- 実習に不必要なことは記載あるいは発言は控えましょう。



[様式3: 受講予定者への連絡文書](3/5)

別紙2

地域同行型実施研修プログラム概要

日程	実施内容	詳細	場所	時間
30 日前	受講案内と事例提出	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ アドバイザー・受講者に研修資料を送付します。</li> <li>・ 受講者はフェースシート・参加同意書と困っているケース1事例の記録（個人情報削除済み；2部）を運営事務局に提出してください。</li> <li>・ 運営事務局はフェースシートをもとに、アドバイザーと受講者のペアを作ります。</li> </ul>		
30 日前 ～開始	アドバイザー事前研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ アドバイザーを対象に事前研修を開催し、アセスメント確認の方法や実習での指導法等について、認識を共有します。</li> </ul>	研修会場	4
	初日全体研修準備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 受講者は「地域同行型実地研修 受講者テキスト」を読み、研修内容を理解してください</li> </ul>	—	—
開始	初日全体研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 研修趣旨説明</li> <li>・ 講義：ケアマネジメント業務の考え方と進め方（研修講師もしくはDVD）</li> <li>・ 演習：提出ケースを用いたアセスメント確認</li> <li>・ 研修目標設定：受講者は「目標設定用紙」を使用してアドバイザーと相談しながら目標を設定します。</li> </ul> <p>※アドバイザーと受講者はそれぞれ同行利用者を選定し、利用者又は家族の署名した利用者同意書を、個別同行実習の前までに運営事務局に提出してください。</p> <p>※個別同行実習の前までに、アドバイザーと受講者は個別同行実習の日程を調整し、日程報告用紙（受講者テキストに添付）に記入の上、運営事務局に提出してください。</p>	研修会場	3

参考資料3. 各種マニュアル  
1) 運営事務局向け運営マニュアル

日程	実施内容	詳細	場所	時間
約2～3ヶ月	個別同行実習	※順不同 ※基本的には、以下の個別実習を半日×4回行います。		
		サービス担当者会議（アドバイザー担当ケース）	実習協力施設	3
		同行訪問モニタリング（アドバイザー担当ケース）	利用者宅	3
		サービス担当者会議（受講者担当ケース）	受講者所属事業所	3
		同行訪問モニタリング（受講者担当ケース・提出事例）	利用者宅	3
	最終日全体研修準備			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>最終日のプレゼンテーションに向けて、受講者は資料を作成し、アドバイザーは随時助言します。</li> </ul>	—	—
初日全体研修から2～3ヶ月後	最終日全体研修			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>プレゼンテーション：各受講者が期間中に扱った1事例を選び、研修で得た気付きや学びをまとめて発表し、質疑応答を行います。</li> <li>振り返り：各受講者の研修での体験内容・できたこと・できなかったこと・感情・今後の抱負を全体で共有します。</li> <li>修了証授与</li> </ul>	研修会場	4

[様式3: 受講予定者への連絡文書](5/5)

[フェースシート(受講者向け)]

日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (年齢: \_\_\_\_\_ 才)

基本職種		
簡単な職歴		
介護支援専門員としての経験年数		年
所属している事業所の規模	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 併設事業所数 ( _____ ケ所)</li> <li>• その他 ( _____ )</li> </ul>	

研修期間中に同行等を通じて学びたいと思うケース	( _____ ) 認知症 BPSD のあるケース ( _____ ) がん終末期のケース ( _____ ) その他特に学びたいケースがありましたらご記入ください ⇒ ( _____ )
-------------------------	---

[様式4: アドバイザー予定者への連絡文書]

平成 年 月 日

地域同行型実地研修  
アドバイザー予定者の皆様

(実施主体名)  
(代表者役職・氏名)

研修テキストの送付・フェースシート及び事前アンケートご提出のお願い  
ならびに アドバイザー事前研修のご案内

拝啓 時下ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

この度、(実施主体)では、地域同行型実地研修を実施する運びとなりました。

本研修では、OJTの機会が十分ではない介護支援専門員に対する現場での実習に主眼を置いたモデル研修プログラムによる地域全体で人材を育成する仕組みの構築を目指しており、アセスメントからモニタリングまでの基本的なケアマネジメントプロセスに重点を置いた、主任介護支援専門員のチームによるOJTでのケアプランの確認から担当者会議及びモニタリングへの同行を予定しています。

アドバイザーとして参加予定の方には、お送りするアドバイザーテキストを事前によくお読みいただくとともに、以下のご協力をよろしくお願い申し上げます。

敬具

### アドバイザー予定者の皆様へのお願い

1. 研修開始に先立ち、受講者とのペアを作成するとともに、事前に皆様の受講に対するご希望をうかがうため、別紙フェースシートへのご回答を、**●月●日(●)**までをお願いいたします。
2. 研修は、概ね別紙のような内容を予定しております。アドバイザーの方には、事前に研修の流れや指導方法に関する説明会を以下の通り開催いたしますので、ご参集ください。

日時：平成●年●月●日(●) ●：●●～●：●●

場所：●●●

持参物：アドバイザーテキスト

Aさん事例に基づき記入済みのアセスメント確認用紙

以上、よろしくお願い申し上げます。

[様式4:アドバイザー予定者への連絡文書](2/4)

別紙 1

地域同行型実施研修プログラム概要

日程	実施内容	詳細	場所	時間
30 日前	受講案内と事前研修準備			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・アドバイザー・受講者に研修資料を送付します。</li> <li>・アドバイザーはフェースシート・参加同意書を運営事務局に提出し、テキストの「A さん事例」を用いてアセスメント確認を行い、事前研修に備えてください。</li> <li>・運営事務局はフェースシートをもとに、アドバイザーと受講者のペアを作ります。</li> </ul>		
30 日前 ～開始	アドバイザー事前研修			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・アドバイザーを対象に事前研修を開催し、アセスメント確認の方法や実習での指導法等について、認識を共有します。</li> <li>・経験と評価に基づいて県単位で選出された主任介護支援専門員が講師を務めます。</li> <li>・アドバイザーとしての研修目標を設定します。</li> <li>・アドバイザーはペアとなる受講者が提出したケースを事務局から受け取ります。</li> </ul>	研修会場	4
	初日全体研修準備			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・アドバイザーは、初日までに受講者提出ケースのアセスメント確認を行ってください。</li> </ul>	—	—
開始	初日全体研修			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修趣旨説明</li> <li>・講義：ケアマネジメント業務の考え方と進め方（研修講師もしくはDVD）</li> <li>・演習：提出ケースを用いたアセスメント確認</li> <li>・研修目標設定：受講者は「目標設定用紙」を使用してアドバイザーと相談しながら目標を設定します。</li> </ul> <p>※アドバイザーと受講者はそれぞれ同行利用者を選定し、利用者又は家族の署名した利用者同意書を、個別同行実習の前までに運営事務局に提出してください。</p> <p>※個別同行実習の前までに、アドバイザーと受講者は個別同行実習の日程を調整し、日程報告用紙（受講者テキストに添付）に記入の上、運営事務局に提出してください。</p>	研修会場	3

日程	実施内容	詳細	場所	時間
約2～3ヶ月	個別同行実習	※順不同 ※基本的には、以下の個別実習を半日×4回行います。		
		サービス担当者会議（アドバイザー担当ケース）	実習協力施設	3
		同行訪問モニタリング（アドバイザー担当ケース）	利用者宅	3
		サービス担当者会議（受講者担当ケース）	受講者所属事業所	3
		同行訪問モニタリング（受講者担当ケース・提出事例）	利用者宅	3
	最終日全体研修準備			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>最終日のプレゼンテーションに向けて、受講者は資料を作成し、アドバイザーは随時助言します。</li> </ul>	—	—
初日全体研修から2～3ヶ月後	最終日全体研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>プレゼンテーション：各受講者が期間中に扱った1事例を選び、研修で得た気付きや学びをまとめて発表し、質疑応答を行います。</li> <li>振り返り：各受講者の研修での体験内容・できたこと・できなかったこと・感情・今後の抱負を全体で共有します。</li> <li>修了証授与</li> </ul>	研修会場	4

[様式4:アドバイザー予定者への連絡文書](4/4)

[フェースシート(アドバイザー向け)]

日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (年齢: \_\_\_\_\_ 才)

基本職種			
簡単な職歴			
介護支援専門員としての 経験年数	年	主任介護支援専門員の 受講年度	年
所属事業所		所属事業所の従業員 数 (いずれかに○)	1. 1人 2. 2人 3. 3人以上
認定ケアマネージャーの 有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
介護支援専門員 以外の資格等			

[様式5 : 修了証]

# 修了証書

(氏名) 殿

上記の者は平成●●年度地域同行型実地研修に  
参加し、その課程を修了されたことを証します

平成 年 月 日

(実施主体の団体名)

(代表者役職) 氏名



[様式6：事前アンケート]

## 地域同行型実地研修

### < 受講者向け事前アンケート >

調査の結果は統計的な処理をしますので、個人や事業所を特定されることや、回答を他の目的で使用することはありません。

地域		番号		役割	アドバイザー・ <input type="checkbox"/> 受講者
----	--	----	--	----	--------------------------------------

#### I. あなたご自身及び勤務する事業所について

1) 性別を教えてください。

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

2) 年代を教えてください。

- |            |            |            |
|------------|------------|------------|
| 1. 20歳～29歳 | 2. 30歳～39歳 | 3. 40歳～49歳 |
| 4. 50歳～59歳 | 5. 60歳～69歳 | 6. 70歳以上   |

3) 基礎資格について教えてください。

- |                      |               |               |
|----------------------|---------------|---------------|
| 1. 介護福祉士             | 2. ホームヘルパー    | 3. 看護師(准看護師含) |
| 4. 保健師               | 5. 社会福祉士      | 6. 社会福祉主事     |
| 7. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 | 8. 栄養士        |               |
| 9. 歯科衛生士             | 10. 鍼灸師・柔道整復師 | 11. 薬剤師       |
| 12. その他( )           |               |               |

4) 主任介護支援専門員の資格を持っていますか。

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

5) 介護支援専門員の業務経験(トータル年数)を教えてください。

- |              |              |              |
|--------------|--------------|--------------|
| 1. 2年未満      | 2. 2年以上～4年未満 | 3. 4年以上～6年未満 |
| 4. 6年以上～8年未満 | 5. 8年以上      |              |

6) 主任介護支援専門員の業務経験(トータル年数)を教えてください。

- |              |              |              |
|--------------|--------------|--------------|
| 1. 2年未満      | 2. 2年以上～4年未満 | 3. 4年以上～6年未満 |
| 4. 6年以上～8年未満 | 5. 8年以上      |              |

参考資料3. 各種マニュアル  
1) 運営事務局向け運営マニュアル

7) 日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャーの資格を持っていますか。

1. はい 2. いいえ

8) 日本ケアマネジメント学会に入っていますか。

1. はい 2. いいえ

9) 所属機関の種類を教えてください。

1. 居宅介護支援事業所 2. 地域包括支援センター 3. その他( )

↓「1. 居宅介護支援事業所」のとき

1. 特定事業所Ⅰを取得 2. 特定事業所Ⅱを取得 3. 加算なし

10) 所属機関の法人の種類を教えてください。

1. 社会福祉法人(社協以外) 2. 社会福祉協議会 3. 医療法人  
4. 財団法人/社団法人 5. 営利法人(チェーン)  
7. 営利法人(チェーン以外) 8. 非営利法人 9. 農協/生協  
10. その他( )

Ⅲ. ケアマネジメント業務における課題について

あなたは、下記のケアマネジメント業務において、どれくらい自信がありますか？

	1. 自信がある	2. やや自信がある	3. どちらともいえない	4. やや自信がない	5. 自信がない
①アセスメント	1.	2.	3.	4.	5.
②ケアプランの作成	1.	2.	3.	4.	5.
③サービス調整・サービス担当者会議の開催	1.	2.	3.	4.	5.
④モニタリング	1.	2.	3.	4.	5.

Ⅳ. 本日の内容について

本日の内容や運営等について、改善すべき内容等、ご意見をお聞かせください。

ご協力をいただきありがとうございました。

## 地域同行型実地研修

### <アドバイザー向け事前アンケート>

調査の結果は統計的な処理をしますので、個人や事業所を特定されることや、回答を他の目的で使用することはありません。

地域		番号		役割	指導者・受講者
----	--	----	--	----	---------

#### I. あなたご自身及び勤務する事業所について

1) 性別を教えてください。

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

2) 年代を教えてください。

- |            |            |            |
|------------|------------|------------|
| 1. 20歳～29歳 | 2. 30歳～39歳 | 3. 40歳～49歳 |
| 4. 50歳～59歳 | 5. 60歳～69歳 | 6. 70歳以上   |

3) 基礎資格について教えてください。

- |                      |               |               |
|----------------------|---------------|---------------|
| 1. 介護福祉士             | 2. ホームヘルパー    | 3. 看護師(准看護師含) |
| 4. 保健師               | 5. 社会福祉士      | 6. 社会福祉主事     |
| 7. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 | 8. 栄養士        |               |
| 9. 歯科衛生士             | 10. 鍼灸師・柔道整復師 | 11. 薬剤師       |
| 12. その他( )           |               |               |

4) 主任介護支援専門員の資格を持っていますか。

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

5) 介護支援専門員の業務経験(トータル年数)を教えてください。

- |              |              |              |
|--------------|--------------|--------------|
| 1. 2年未満      | 2. 2年以上～4年未満 | 3. 4年以上～6年未満 |
| 4. 6年以上～8年未満 | 5. 8年以上      |              |

6) 主任介護支援専門員の業務経験(トータル年数)を教えてください。

- |              |              |              |
|--------------|--------------|--------------|
| 1. 2年未満      | 2. 2年以上～4年未満 | 3. 4年以上～6年未満 |
| 4. 6年以上～8年未満 | 5. 8年以上      |              |

参考資料3. 各種マニュアル  
1) 運営事務局向け運営マニュアル

7) 日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャーの資格を持っていますか。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

8) 日本ケアマネジメント学会に入っていますか。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

9) 所属機関の種類を教えてください。

1. 居宅介護支援事業所	2. 地域包括支援センター	3. その他( )
--------------	---------------	-----------

↓「1. 居宅介護支援事業所」のとき

1. 特定事業所Ⅰを取得	2. 特定事業所Ⅱを取得	3. 加算なし
--------------	--------------	---------

10) 所属機関の法人の種類を教えてください。

1. 社会福祉法人(社協以外)	2. 社会福祉協議会	3. 医療法人
4. 財団法人/社団法人	5. 営利法人(チェーン)	
7. 営利法人(チェーン以外)	8. 非営利法人	9. 農協/生協
10. その他( )		

Ⅱ. ケアマネジメント業務および利用者に関する指導(OJT)について

1) これまでの、あるいは現在の担当数を教えてください。

	これまでの担当数(延べ)	現在の担当数(月)
全体	通算約( )件・不明(多数)	( )件
うち、認知症 BPSD	通算約( )件・不明(多数)	( )件
がん終末期	通算約( )件・不明(多数)	( )件

2) あなたは、下記のケアマネジメント業務について、どれくらい自信がありますか？

	1. 自信がある	2. やや自信がある	3. どちらともいえない	4. やや自信がない	5. 自信がない
①アセスメント	1.	2.	3.	4.	5.
②ケアプランの作成	1.	2.	3.	4.	5.
③サービス調整・サービス担当者会議の開催	1.	2.	3.	4.	5.
④モニタリング	1.	2.	3.	4.	5.

3) あなたは、利用者に関する指導(OJT)をすることについて、どれくらい自信がありますか？

	1. 自信がある	2. やや自信がある	3. どちらともいえない	4. やや自信がない	5. 自信がない
①アセスメント	1.	2.	3.	4.	5.
②ケアプランの作成	1.	2.	3.	4.	5.
③サービス調整・サービス担当者会議の開催	1.	2.	3.	4.	5.
④モニタリング	1.	2.	3.	4.	5.

Ⅲ. 本日の内容について

本日の内容や運営等について、改善すべき内容等、ご意見をお聞かせください。

ご協力をいただきありがとうございました。

[様式7：事後アンケート]

## 地域同行型実地研修

### < 受講者向け事後アンケート >

・調査の結果は統計的な処理をしますので、個人や事業所を特定されることや、回答を他の目的で使用することはございません。

地域		番号		役割	指導者・ <input type="checkbox"/> 受講者
----	--	----	--	----	-----------------------------------

I. 研修を受講された感想をお尋ねします。当てはまる番号に○を付けてください。

#### 1) 研修全体を通しての感想

- |              |              |          |
|--------------|--------------|----------|
| 1. 期待を大幅に上回る | 2. 期待以上      | 3. 期待どおり |
| 4. 期待以下      | 5. 期待を大幅に下回る |          |

#### 2) 研修の総時間数

- |        |          |           |         |       |
|--------|----------|-----------|---------|-------|
| 1. 少ない | 2. やや少ない | 3. ちょうど良い | 4. やや多い | 5. 多い |
|--------|----------|-----------|---------|-------|

#### 3) 研修の難易度

- |        |          |           |          |        |
|--------|----------|-----------|----------|--------|
| 1. 易しい | 2. やや易しい | 3. ちょうど良い | 4. やや難しい | 5. 難しい |
|--------|----------|-----------|----------|--------|

#### 4) 資料や様式

- |             |             |              |
|-------------|-------------|--------------|
| 1. 分かりやすい   | 2. まあ分かりやすい | 3. どちらともいえない |
| 4. やや分かりにくい | 5. 分かりにくい   |              |

#### 4-1) 資料や様式について改善すべき点がありましたら教えてください

------------------

#### 5) 講義・演習(初日及び最終日)を進めるペース

- |       |         |           |         |       |
|-------|---------|-----------|---------|-------|
| 1. 遅い | 2. やや遅い | 3. ちょうど良い | 4. やや速い | 5. 速い |
|-------|---------|-----------|---------|-------|

#### 6) 講義・演習(初日及び最終日)と個別実習のバランス

- |              |                |           |
|--------------|----------------|-----------|
| 1. 講義・演習が多すぎ | 2. やや講義・演習が多すぎ | 3. ちょうど良い |
| 4. やや実習が多すぎ  | 5. 実習が多すぎ      |           |



参考資料3. 各種マニュアル  
1) 運営事務局向け運営マニュアル

10) 今回のような実習形式の研修は、介護支援専門員の法定研修においても必要だと感じますか？(※現行では実習形式の研修は法定研修には位置付けられていません)

1. 必要	2. まあ必要	3. どちらともいえない
4. あまり必要ない	5. 必要ない	

10-1) (「1. 必要」「2. まあ必要」と回答された方のみお答えください) 実習形式の研修は、どの時期に必要性が高いと感じますか？(※○はいくつ付けていただいても結構です)

1. 実務に従事する前(実務研修の時期)
2. 実務に従事して1年未満の時期(実務従事者基礎研修の時期)
3. 実務に従事して1～3年程度の時期(専門研修Ⅰの時期)
4. 実務に従事して3年以上の時期(専門研修Ⅱの時期)
5. 実務に従事して5年以上の時期(主任介護支援専門員を受講できる時期)
6. 経験年数によらず、定期的な資格更新の時期(更新研修の時期)

10-2) (「1. 必要」「2. まあ必要」と回答された方のみお答えください) 実習形式の研修は、どの単位で行われるのがよいと思われますか？

1. 都道府県ごと(現行の法定研修の単位)
2. 介護保険の保険者ごと
3. 地域包括支援センターごと
4. その他( )

11) 今回の研修には、あなたが研修前に学びたいと考えていたことがどれくらい含まれていましたか？

1. 期待以上に含まれていた	2. 期待通りに含まれていた	3. 期待以下だったが含まれていた	4. 全く含まれていなかった
----------------	----------------	-------------------	----------------

12) 今回の研修では、あなたが研修前に学びたいと考えていたことをどれくらい習得することができましたか。

1. 十分に習得できた	2. 一定程度習得できた	3. 不十分だが習得できた	4. 全く習得できなかった
-------------	--------------	---------------	---------------



Ⅱ. 今後の自身のケアマネジメント実践についてお尋ねします。

13) 今後、あなたは、下記のケアマネジメント業務を実施していくことについて、どれくらい自信がありますか？

	1. 自信がある	2. やや自信がある	3. どちらともいえない	4. やや自信がない	5. 自信がない
①アセスメント	1.	2.	3.	4.	5.
②ケアプランの作成	1.	2.	3.	4.	5.
③サービス調整・サービス担当者会議の開催	1.	2.	3.	4.	5.
④モニタリング	1.	2.	3.	4.	5.

Ⅲ. 研修の内容・運営についてお尋ねします。

14) 今回のような研修を他地域においても実施していくにあたり、受講料として妥当だと思う金額を選んでください。(※あまり深く考えず直観的にお答えいただければ結構です)

16-1) 研修全体	円
16-2) 同行実習1回あたり	円

15) 研修があなたの役に立つようになるために要望したいことを書き出してください。

16) 感想・コメントをご自由にご記入下さい。

質問は以上です。ご協力いただき誠にありがとうございました。

## 地域同行型実地研修

### <アドバイザー向け事後アンケート>

・調査の結果は統計的な処理をしますので、個人や事業所を特定されることや、回答を他の目的で使用することはございません。

地域		番号		役割	指導者・受講者
----	--	----	--	----	---------

I. 指導者として研修に参加された感想をお尋ねします。当てはまる番号に○を付けてください。

#### 1) 研修全体を通しての感想

- |              |              |          |
|--------------|--------------|----------|
| 1. 期待を大幅に上回る | 2. 期待以上      | 3. 期待どおり |
| 4. 期待以下      | 5. 期待を大幅に下回る |          |

#### 2) 研修の総時間数

- |        |          |           |         |       |
|--------|----------|-----------|---------|-------|
| 1. 少ない | 2. やや少ない | 3. ちょうど良い | 4. やや多い | 5. 多い |
|--------|----------|-----------|---------|-------|

#### 3) 研修の難易度

- |        |          |           |          |        |
|--------|----------|-----------|----------|--------|
| 1. 易しい | 2. やや易しい | 3. ちょうど良い | 4. やや難しい | 5. 難しい |
|--------|----------|-----------|----------|--------|

#### 4) 資料や様式

- |             |             |              |
|-------------|-------------|--------------|
| 1. 分かりやすい   | 2. まあ分かりやすい | 3. どちらともいえない |
| 4. やや分かりにくい | 5. 分かりにくい   |              |

#### 4-1) 資料や様式について改善すべき点がありましたら教えてください

--

#### 5) 講義・演習(初日及び最終日)を進めるペース

- |       |         |           |         |       |
|-------|---------|-----------|---------|-------|
| 1. 遅い | 2. やや遅い | 3. ちょうど良い | 4. やや速い | 5. 速い |
|-------|---------|-----------|---------|-------|

6) 講義・演習(初日及び最終日)と個別実習のバランス

- |              |                |           |
|--------------|----------------|-----------|
| 1. 講義・演習が多すぎ | 2. やや講義・演習が多すぎ | 3. ちょうど良い |
| 4. やや実習が多すぎ  | 5. 実習が多すぎ      |           |

7) 研修期間中における参加者どうしの関わりあいの程度

7-1) 指導者との関わりあい

- |        |          |           |         |       |
|--------|----------|-----------|---------|-------|
| 1. 不十分 | 2. やや不十分 | 3. ちょうど良い | 4. やや過剰 | 5. 過剰 |
|--------|----------|-----------|---------|-------|

7-2) 他の受講者との関わりあい

- |        |          |           |         |       |
|--------|----------|-----------|---------|-------|
| 1. 不十分 | 2. やや不十分 | 3. ちょうど良い | 4. やや過剰 | 5. 過剰 |
|--------|----------|-----------|---------|-------|

8) 全課程の中で役に立ったと感じたもの上位3つと役に立たなかったと感じたもの下位3つを順に選んで、記入欄に番号を記入してください。

上位3つ

1位: \_\_\_\_\_ 2位: \_\_\_\_\_ 3位: \_\_\_\_\_

下位3つ

1位: \_\_\_\_\_ 2位: \_\_\_\_\_ 3位: \_\_\_\_\_

< 選択肢 >

- |                                |                        |
|--------------------------------|------------------------|
| 1. アセスメント確認(初日)                | 2. 目標設定(初日)            |
| 3. 指導者担当ケースの担当者会議への同行          | 4. 受講者担当ケースの担当者会議への同行  |
| 5. 指導者担当ケースのモニタリングへの同行         | 6. 受講者担当ケースのモニタリングへの同行 |
| 7. オプション実習(※具体的内容を記入欄にお書きください) |                        |
| 8. プレゼンテーション(最終日)              | 9. 振り返り(最終日)           |

9) これまで経験した事業所内等のOJTに比べて、今回の研修は

- |                         |             |          |
|-------------------------|-------------|----------|
| 1. 非常に優れている             | 2. 優れている    | 3. 変わらない |
| 4. 劣っている                | 5. 非常に劣っている |          |
| 0. そもそもこれまでOJTを受けたことがない |             |          |

参考資料3. 各種マニュアル  
1) 運営事務局向け運営マニュアル

10) 今回のような実習形式の研修は、介護支援専門員の法定研修においても必要だと感じますか？(※現行では実習形式の研修は法定研修には位置付けられていません)

- |            |         |              |
|------------|---------|--------------|
| 1. 必要      | 2. まあ必要 | 3. どちらともいえない |
| 4. あまり必要ない | 5. 必要ない |              |

10-1) (「1. 必要」「2. まあ必要」と回答された方のみお答えください) 実習形式の研修は、どの時期に必要性が高いと感じますか？(※○はいくつ付けていただいても結構です)

- |                                      |
|--------------------------------------|
| 1. 実務に従事する前(実務研修の時期)                 |
| 2. 実務に従事して1年未満の時期(実務従事者基礎研修の時期)      |
| 3. 実務に従事して1～3年程度の時期(専門研修Ⅰの時期)        |
| 4. 実務に従事して3年以上の時期(専門研修Ⅱの時期)          |
| 5. 実務に従事して5年以上の時期(主任介護支援専門員を受講できる時期) |
| 6. 経験年数によらず、定期的な資格更新の時期(更新研修の時期)     |

10-2) (「1. 必要」「2. まあ必要」と回答された方のみお答えください) 実習形式の研修は、どの単位で行われるのがよいと思われますか？

- |                       |
|-----------------------|
| 1. 都道府県ごと(現行の法定研修の単位) |
| 2. 介護保険の保険者ごと         |
| 3. 地域包括支援センターごと       |
| 4. その他( )             |

Ⅱ. 今後の自身のアドバイザー(スーパーバイザー)としての実践についてお尋ねします。

11) 研修を終えて、あなたは、下記のケアマネジメント業務について、どれくらい自信がありますか？

	1. 自信がある	2. やや自信がある	3. どちらともいえない	4. やや自信がない	5. 自信がない
①アセスメント	1.	2.	3.	4.	5.
②ケアプランの作成	1.	2.	3.	4.	5.
③サービス調整・サービス担当者会議の開催	1.	2.	3.	4.	5.
④モニタリング	1.	2.	3.	4.	5.

12) 研修を終えて、あなたは、利用者に関する指導(OJT)をすることについて、どれくらい自信がありますか？

	1. 自信がある	2. やや自信がある	3. どちらともいえない	4. やや自信がない	5. 自信がない
①アセスメント	1.	2.	3.	4.	5.
②ケアプランの作成	1.	2.	3.	4.	5.
③サービス調整・サービス担当者会議の開催	1.	2.	3.	4.	5.
④モニタリング	1.	2.	3.	4.	5.

Ⅲ. 研修の内容・運営についてお尋ねします。

13) 今回のような研修を他地域においても実施していくにあたり、の指導者に対する報酬として妥当だと思う金額を選んでください。(※あまり深く考えず直観的にお答えいただければ結構です)

13-1) 研修全体

円

13-2) 同行実習1回あたり

円

14) 研修があなたの役に立つようになるために要望したいことを書き出してください。

参考資料3. 各種マニュアル  
1) 運営事務局向け運営マニュアル

15) 感想・コメントをご自由にご記入下さい。

質問は以上です。ご協力いただき誠にありがとうございました。

3. 各種マニュアル

**2) 受講者テキスト**

平成 25 年度老人保健健康増進等事業

「介護支援専門員のスーパービジョン実践としての  
実習型研修の普及に向けての研究」

# 地域同行型実地研修 受講者テキスト

Ver 2.1

2014 年 3 月

介護支援専門員のスーパービジョン実践としての  
実習型研修の普及に向けての研究委員会  
一般社団法人 日本ケアマネジメント学会

## 目次

---

---

第1章 研修の目的と全体像.....	1
1. 背景と目的 .....	1
2. 特徴 .....	1
3. 介護支援専門員としての成長ステップ .....	2
4. 研修の心構え.....	3
5. 研修の目標 .....	3
6. スケジュール.....	4
7. 実施内容のフロー .....	6
8. 事前準備.....	6
(1)フェースシートの提出.....	7
(2)ケースの提出 .....	7
(3)同行ケースの選定、利用者の理解取得 .....	8
(4)守秘義務に関する制約.....	8
(5)予習 8	
第2章 地域同行型実地研修 .....	9
I 初日全体研修.....	9
1. [講義]ケアマネジメント業務の考え方と研修の進め方.....	10
(1)アセスメント確認 .....	10
(2)担当者会議について .....	14
(3)モニタリングについて.....	15
2. アセスメント確認演習.....	16
[記入例：アセスメント確認用紙（架空事例に基づく）] .....	18
3. 研修目標設定 .....	19
4. 個別同行実習・最終日全体研修準備.....	20
(1)個別同行実習の日程調整 .....	20
(2)最終日全体研修におけるプレゼンテーションに向けて.....	20
(3)同意書等の提出.....	20
II 個別同行実習.....	23
1. サービス担当者会議への同行 .....	24
2. 同行訪問モニタリング .....	28
3. その他オプションメニュー.....	30



参考資料3. 各種マニュアル  
2)受講者テキスト

Ⅲ 最終日全体研修 .....	31
1. [演習]プレゼンテーション .....	32
(1)事前準備 .....	32
(2)プレゼンテーション .....	32
2. 研修の振り返り .....	34
3. 修了証の授与 .....	35

**資料集** .....

- [様式 1-1 : フェースシート (受講者向け)]
- [様式 1-2 : 説明同意書 (受講者向け)]
- [様式 2-1 : アセスメント確認演習チェック表 (受講者用)]
- [様式 2-2 : アセスメント確認の考え方]
- [様式 2-3 : 目標設定用紙 (受講者用)]
- [様式 2-4 : 個別実習日程報告用紙]
- [様式 3 : 利用者同意書]
- [様式 4-1 : サービス担当者会議評価ツール (受講者用)]
- [様式 4-2 : 同行訪問モニタリングツール (受講者用)]
- [様式 4-3 : 振り返り用紙]

参考資料 : プレゼンテーション資料例

参考資料3. 各種マニュアル  
2)受講者テキスト

## 第1章 研修の目的と全体像

### 1. 背景と目的

日本ケアマネジメント学会では、高齢社会の到来を背景とした良質なケアマネジメントに対するニーズの高まりを受けて、平成20年度より厚生労働省からの研究補助を得て、スーパービジョン手法による介護支援専門員の教育方法の体系化を進めてきました。

平成22年度に実施した調査によると、ほとんどの事業所で何らかの人材育成の取り組みはなされているものの、少人数の事業所では人材育成基盤が弱く、十分な人材教育プログラムが実施されているとは言い難い状況であることが判明しました。

これらの状況を踏まえ、平成23年度は4地域において介護支援専門員のアドバイザーチームを組織し、事業所を超えた形で実習形式の研修を実施する、個別化されたOJTに近い形態でのモデル研修プログラムを開発・試行しました。その結果、受講者のケアマネジメント技術の習得に効果があるとともに、アドバイザーのケアマネジメント技術及び教える力の習得に効果が見られました。さらに受講者にとっては、ロールモデル（目指す人材像）を獲得することができました。

本年度は、実習形式のモデル研修を全国で試行的に実施し、実現可能性や運用課題の検証をいたします。

### 2. 特徴

知識の習得を主な目的とした座学による従来の法定研修等とは異なり、本研修は、以下4つのi（アイ）という特徴があります。

- ⑨ 実習形式 (**Interning**) : 現行の法定カリキュラムに存在しない実習プログラムを提供することにより、実践的知識・技術を補完します。
- ⑩ 事業所を超えた (**Inter-organizational**) : 概して事業規模が零細であり、事業所内部の教育資源に乏しい居宅介護支援事業所に対して、本プログラムを通じて事業所間の教育交流を促し、現任介護支援専門員に対する教育効率を向上させます。
- ⑪ 個別化された (**Individualized**) : プログラムの基本的な枠組みについては汎用的なものを提示しつつ、扱うケースの特性等に応じて構成することが可能です。新任者のみならず、医療等の特定領域に苦手意識を持つ経験者層の教育ニーズにも対応できます。
- ⑫ 相互研さん (**Inter-educational**) : 現状として居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員の多くは、アドバイザーとしての役割を担う機会を持たないことが多く、指導することに慣れていない実態があります。そこで、当面の措置として、

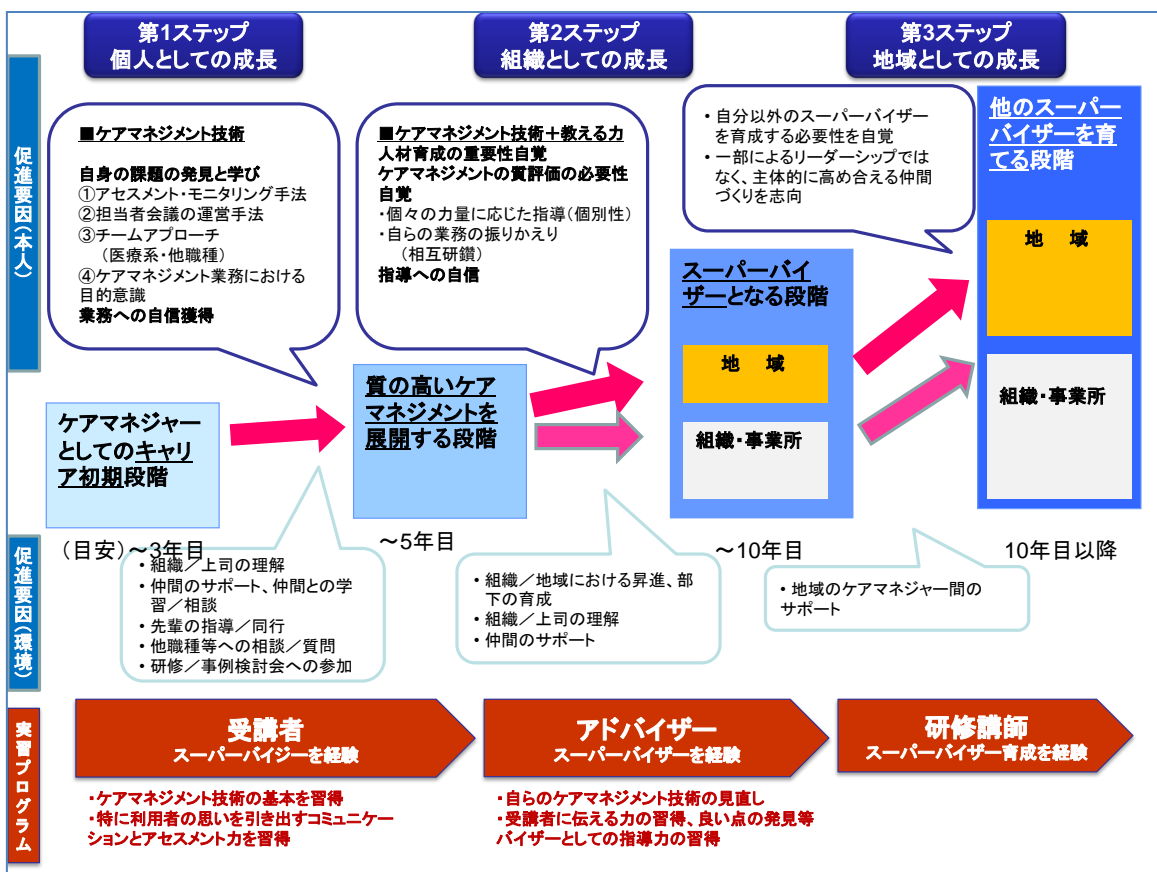
受講者のみならずアドバイザーに対する教育的効果もプログラムの目的の1つとします。

### 3. 介護支援専門員としての成長ステップ

介護支援専門員としての成長ステップに本プログラムを位置づけると、受講者は「キャリアの初期段階にいる新任の介護支援専門員」から「質の高いケアマネジメントを展開する段階にいる介護支援専門員」の間、アドバイザーは「スーパーバイザーとなる段階に上がる主任介護支援専門員」であると考えられます。

今後、「介護支援専門員を対象とした短期実習プログラム」の更なる改善を図り介護支援専門員の成長に真に役立つプログラムとしていきたいと考えています。

図表1：介護支援専門員としての成長ステップ



#### 4. 研修の心構え

- ・ 積極的に学ぶ姿勢を持ちます。
- ・ アドバイザーの質問に対しては防衛的にならずに、素直に考えます。

##### ※守秘義務について

- ・ 研修中、アドバイザーまたは受講者の方が担当する利用者宅に同行訪問をする場合等、当該利用者の個人情報に接する可能性があります。そこで知り得た情報について口外しないことをお約束ください。
- ・ なお、本研修は調査研究の一環として実施しており、研究成果は個人を特定できないように加工した上で、報告書として公表し、さらに学会発表や論文として公表することを予定しています。
- ・ あなたのお名前、所属先住所、電話番号等の個人情報は、郵送物の郵送等、モデル研修の開催を含む本研究の実施のために必要な範囲で使用いたしますが、それ以外の目的には使用いたしません。
- ・ 以上につきまして、別途守秘義務を含む研究参加に関する書類（[様式 1-2：説明同意書（受講者向け）]）をよくお読みいただき、署名の上、運営事務局に初日全体研修までに提出してください。

#### 5. 研修の目標

本研修において、受講者はケアマネジメント技術を身につけることを目標とします。ケアマネジメント技術は、アドバイザーと互いのケアマネジメントプロセスを共有することで見えてくるものであり、同時に自らのケアマネジメントへの気づきを得ることもできます。気づきには、以下の側面があります。

- ・ 従来の自身の考え方や対応方法にはない新しい角度や観点を得る
- ・ 今までの自分自身の考えが整理される

受講者は、アセスメント確認演習を行う中で自分のケアマネジメントに係る課題を理解し、その後、自らの研修期間中の達成目標と3～5年後の到達目標を明確にし、同行実習を通じてアドバイザーの助言や自らの気づきを得るほか、アドバイザーからの指導を通じて、より質の高いケアマネジメント知識や技術を学ぶことができます。

課題の抽出と具体的な目標設定は、受講者みずからが初日の全体研修の中で、アドバイザーの助言を受けながら行います。また、研修を通じて得た気づきや達成についても、最終日の全体研修でアドバイザーの助言を受けながら、自分で評価を行います。

2)受講者テキスト

6. スケジュール

下表を基本とします。

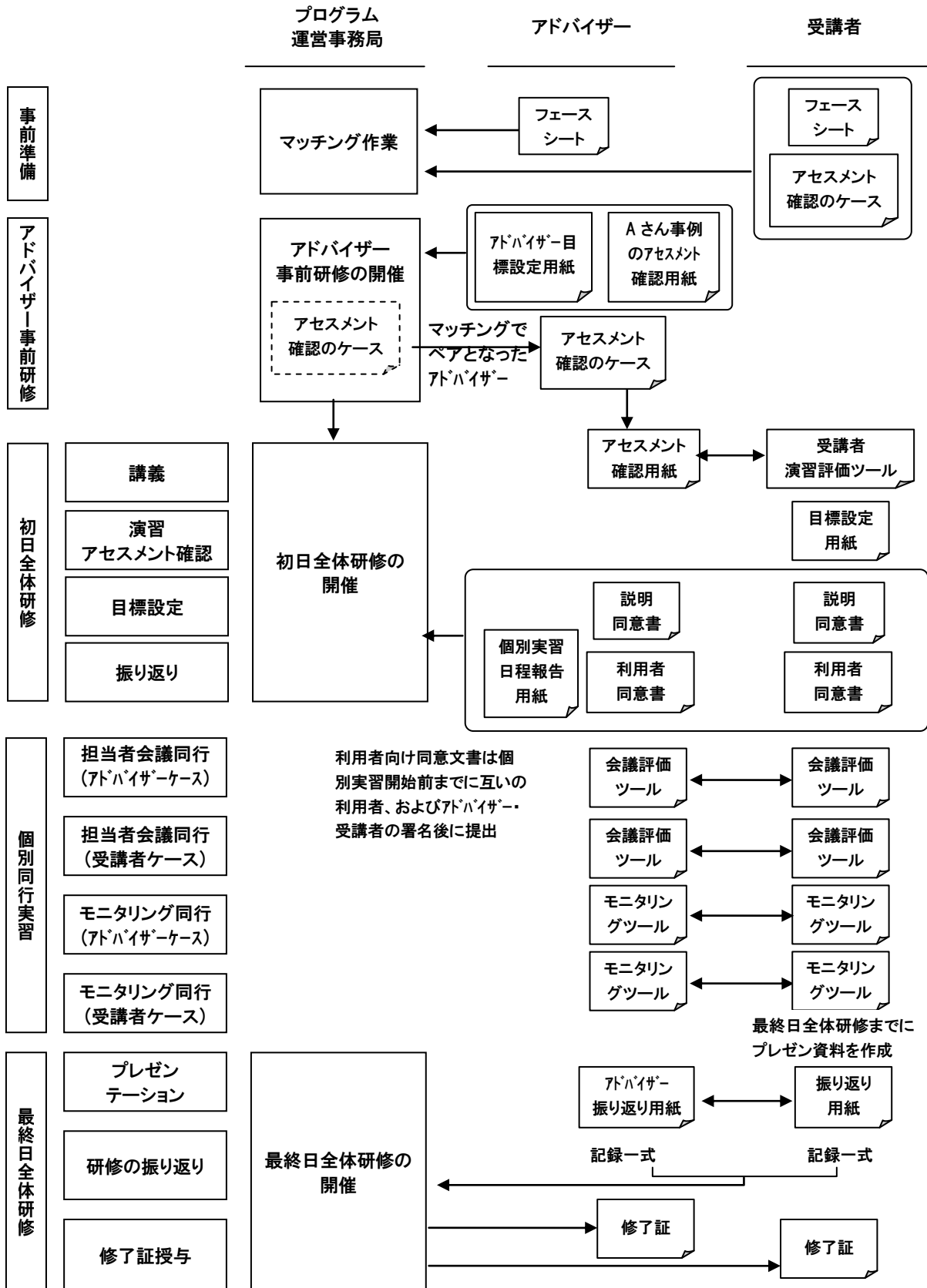
個別実習 1~4 はアドバイザーと受講者との協議により、個別に日程を調整することとし、午前または午後の実習を 4 日間にわたって行う形式でも、終日の実習を 2 日間で行う形式でも差し支えありません。

日程	実施内容	詳細	場所	時間
30 日前	受講案内と事例提出			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• アドバイザー・受講者に研修資料を送付します。</li> <li>• アドバイザーはフェースシート・説明同意書を運営事務局に提出し、テキストの「A さん事例」を用いてアセスメント確認を行い、事前研修に備えてください。</li> <li>• 受講者はフェースシート・説明同意書と困っているケース 1 事例の記録（個人情報削除済み；2 部）を運営事務局に提出してください。</li> <li>• 運営事務局はフェースシートをもとに、アドバイザーと受講者のペアを作ります。</li> </ul>		
30 日前 ～開始	アドバイザー事前研修			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• アドバイザーを対象に事前研修を開催し、アセスメント確認の方法や実習での指導法等について、認識を共有します。</li> <li>• 経験と評価に基づいて県単位で選出された主任介護支援専門員が講師を務めます。</li> <li>• アドバイザーとしての研修目標を設定します。</li> <li>• アドバイザーはペアとなる受講者が提出したケースを事務局から受け取ります。</li> </ul>	研修会場	4
	研修準備			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• アドバイザーは、初日までに受講者提出ケースのアセスメント確認を行ってください。</li> <li>• 受講者は「地域同行型実地研修 受講者テキスト」を読み、研修内容を理解してください</li> </ul>	—	—
開始	初日全体研修			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 研修趣旨説明</li> <li>• 講義：ケアマネジメント業務の考え方と進め方（研修講師もしくは DVD）</li> <li>• 演習：提出ケースを用いたアセスメント確認</li> </ul>	研修会場	3

参考資料3. 各種マニュアル  
2)受講者テキスト

日程	実施内容	詳細	場所	時間
		<ul style="list-style-type: none"> <li>研修目標設定：受講者は「目標設定用紙」を使用してアドバイザーと相談しながら目標を設定します。</li> <li>※アドバイザーと受講者はそれぞれ同行利用者を選定し、利用者又は家族の署名した利用者同意書を、個別同行実習の前までに運営事務局に提出してください。</li> <li>※個別同行実習の前までに、アドバイザーと受講者は個別同行実習の日程を調整し、日程報告用紙（受講者テキストに添付）に記入の上、運営事務局に提出してください。</li> </ul>		
約2～3ヶ月	個別同行実習	※順不同 ※基本的には、以下の個別実習を半日×4回行います。		
		サービス担当者会議（アドバイザー担当ケース）	実習協力施設	3
		同行訪問モニタリング（アドバイザー担当ケース）	利用者宅	3
		サービス担当者会議（受講者担当ケース）	受講者所属事業所	3
		同行訪問モニタリング（受講者担当ケース・提出事例）	利用者宅	3
	最終日全体研修準備			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>最終日のプレゼンテーションに向けて、受講者は資料を作成し、アドバイザーは随時助言します。</li> </ul>	—	—
初日全体研修から2～3ヶ月後	最終日全体研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>プレゼンテーション：各受講者が期間中に扱った1事例を選び、研修で得た気付きや学びをまとめて発表し、質疑応答を行います。</li> <li>振り返り：各受講者の研修での体験内容・できたこと・できなかったこと・感情・今後の抱負を全体で共有します。</li> <li>修了証授与</li> </ul>	研修会場	4

7. 実施内容のフロー





2)受講者テキスト

8. 事前準備

(1) フェースシートの提出

アドバイザーと受講者は、フェースシートを運営事務局に提出します。アドバイザーと受講者とのペアを作成する際に参考にすることが目的です。

【提出資料】 様式 1-1 フェースシート（受講者用）

【提出期限】 書類受領後 1 週間以内に記入の上、事務局に返送願います

(2) ケースの提出

受講者は演習「アセスメント確認」に用いるケースを事前説明会時にプログラム運営事務局に提出します。ケースは自身の担当する「困っているケース」1 事例で、以下の書類をコピーし、2 部ずつ用意してください。

提出した書類は、マッチングにて決定したアドバイザーに事務局からお渡します。

⑥	アセスメント用紙	様式は任意。現状使用書類のコピーで可。
⑦	居宅サービス計画表（第1表～3表）	現状使用書類のコピーで可。
⑧	担当者会議録	直近1ヶ月分程度。現状使用書類のコピーで可。
⑨	支援経過表	直近1ヶ月分程度。現状使用書類のコピーで可。
⑩	モニタリング表	直近1ヶ月分程度。現状使用書類のコピーで可。
	（可能であれば） 主治医の意見書	直近1ヶ月分程度。現状使用のコピーで可。

※いずれも個人を特定する情報は削除してください。

【個人情報の保護についての留意事項】

- 個人名や住所は記載せず、匿名ないし仮名にします。  
イニシャルは使用せず、Aさん、Bさんなどと置き換えてください。
- 個人に関連する町名や家族などの具体的な職業名等にも注意が必要です。  
例えば、「薬局を開業」→「小売業」、「薬剤師」→「会社員」、  
「精肉販売」→「小売業」
- 事業所名、病院名なども匿名あるいは仮名にします。
- 実習に不必要なことは記載あるいは発言は控えましょう。

### (3) 同行ケースの選定、利用者の理解取得

アドバイザー・受講者とも、モニタリング訪問時の利用者各 1 名の了解を得る必要があります。

- 「地域同行型実地研修」に関し、利用者への説明を行った後、利用者又は代筆者（ご家族）に署名をいただきます。（コピー等行い）、2 通作成の上、1 通を同行利用者に渡します。
- 利用者・アドバイザー・受講者の署名済みの同意書を事務局に提出します。

#### <対象利用者の重複について>

- アセスメント確認、モニタリング訪問時の担当利用者は、提出したケースの利用者であると望ましいです。（可能な範囲）
- アセスメント確認のみ、担当者会議のみの場合は、了解の取得は不要です。

【提出資料】 様式 3 : 利用者同意書

【提出期限】 個別同行実習開始までに了解を得ていただければ結構ですが、早めに検討をしておいてください。

### (4) 守秘義務に関する制約

アドバイザー・受講者は、説明同意書に署名の上、初回全体研修までに事務局に提出します。

【提出資料】 様式 1-2「地域同行型実地研修」説明同意書

【提出期限】 初回全体研修まで

### (5) 予習

受講者は、本テキストを読み、研修内容を理解しておきます。

## 第2章 地域同行型実地研修

### I 初日全体研修

# 第2章 地域同行型実地研修 I. 初日全体研修

- ・ 研修の趣旨説明
- ・ 講義：ケアマネジメント業務の考え方と研修の進め方  
アセスメント確認  
サービス担当者会議  
モニタリング
- ・ 演習：提出ケースを用いたアセスメント確認
- ・ 演習：研修目標の設定
- ・ 初日の振り返り



## 1. [講義]ケアマネジメント業務の考え方と研修の進め方

### (1) アセスメント確認

#### 1) 目的・目標

ケアプランの策定にあたっては、利用者や家族の「望む暮らし方」、「こういう暮らしをしたい」、「この役割を続けていきたい」というニーズをできるだけ具体的に表し、それらを実現するために必要な支援をケアマネジメントとして展開していくことが重要です。

例えば、脳梗塞の後遺症で半身に麻痺がある利用者について、一人で安全に歩くことができるようになることは、生活の質を高めていく上で重要なことですが、身体的な機能や能力を高めることはあくまで「手段」であって、生活の目的や目標になるものではありません。

つまり、リハビリテーションを通じて3段の階段昇降ができるようになることは、身体的な機能や能力を高める「手段」であって、「望む暮らし方」の実現とは言えないのです。

階段の昇降ができるようになることで、玄関の階段の手すりを伝って外出することが可能となり、以前から楽しみであった散歩ができるようになることが「望む暮らし方」の実現と言えるのです。

ここで重要なことは、リハビリテーションの効果として「〇〇ができるようになる」ことは手段であり、身体的な機能や能力を高めることで「〇〇がしたい」という生活目標を明らかにすることなのです。

利用者が自ら「〇〇がしたい」を見出すことができれば、その実現に向け、生活にも意欲が生じることとなり、高齢者にとって満足度の高い、いきいきとした生活を目指すことができます。

そのためには、「〇〇ができなくて困っている」、「〇〇ができるようになる」だけで利用者のニーズをとらえたと評価するのではなく、利用者が「目標とする生活」を明確にイメージできるよう、利用者や家族に課題に対する目標と具体策を十分に納得していただくことが重要です。納得、合意のプロセスを丁寧に進めていくことが大切となります。

アセスメント確認演習では、アセスメントとケアプランを客観的に再確認することにより、ケアマネジメントのプロセスを見直し、利用者の望む暮らし方の実現にはどのようなことが必要か、考えてみましょう。

#### 2) アセスメントの実際

アセスメントは、利用者や家族の困っている状況や希望する生活を実現していくために解決しなければならない課題を明確化するとともに、対処方法を明らかにするための方法です。

アセスメントにあたっては、既に顕在化している表面的な情報収集のみを行うのではなく、介護支援専門員としての専門的な面接技術に裏付けられた情報の収集と分析により、

潜在的な課題についてもアプローチしていくことが求められます。

#### ①「利用者の悩み・要望」に関する確認

アセスメントの第一歩は、利用者や家族から悩みや要望を聴くことから始まります。また、利用者の問題状況を把握するにあたっては、利用者を身体・心理・社会的存在として全人的にとらえ、利用者の生活をその歴史を踏まえてあるがままに受け入れることが重要です。

#### ②「顕在化している問題」に関する確認

家族からの情報の収集や介護支援専門員の観察によってある程度顕在化している課題についても、必ず一度言語化して利用者や家族に確認することが大切です。

#### ③「潜在化している問題」に関する確認

利用者が抱えている問題は、必ずしも利用者のニーズとは一致しないことも多く、問題自体がいつも顕在化しているとは限らず、利用者さえ気づいていない潜在している問題もあるため、介護支援専門員が専門的見地から情報を分析してみる必要があります。

#### ④生活ニーズの把握

真に有効な支援計画を作成するためには、利用者が普段どのように生活をしているか、24時間の生活がどのように送られているかを知ることが大切です。

例えば、起床時間が一定である、食事の時間、就寝時間等の生活のリズムや排せつの回数や時間などについて知ることが必要です。

また、通院や買い物などの外出の機会など、1週間のリズムの中で生活の状況をみることも大切です。

(例) 認知症により排泄が適切に行えない。

誰かが声かけを行い、誘導すれば可能である。

介護は誰が行うのか？同居家族の有無。家族の状況の把握。

トイレの形態（トイレの位置・移動の時間がかかる等）

#### ⑤総合的な援助の方針に関する合意

アセスメントの過程において、利用者が「目標とする生活」のイメージを引き出すことができるよう、課題に対する目標と具体策を十分に納得していただくための合意のプロセスを丁寧に進めていくことが求められています。

3) 第一表の確認事項について

**①居宅サービス計画の見方**

居宅サービス計画には、利用者の望む暮らし方の実現に向けて、利用者や家族、サービス提供者が共通の認識を持つことができるようにする役割があります。居宅サービス計画原案は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果による専門的見地に基づき、利用者の家族の希望とその地域におけるサービスの提供体制等を勘案して、実現可能なものとする必要があります。

利用者及びその家族の生活に対する意向と総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題を記載した上で、提供されるサービスについて、長期的な目標と、それを達成するための短期的な目標、それらの達成時期などを明確に盛り込むことが求められています。さらに、目標の達成時期には、居宅サービス計画と個別の指定居宅サービス等の評価ができるようにしておくことが必要です。なぜ記載されたサービスの提供が必要なのか、共通認識を持てるように分かりやすく記すことが重要です。

**②利用者及び家族の生活に対する意向の項目**

生活に対する意向欄の記入については、できるだけ利用者の言葉の表現を大切にしながら行うことが重要です。アセスメントと課題分析を行った結果として、今後どのような生活を送るのかを介護支援専門員と利用者との相談して表すことが必要です。

**③総合的な援助の方針**

総合的な援助の方針については、アセスメントから導き出された生活課題に対して、介護支援専門員やサービス担当者がどのような方針で援助を行うかを明確にすることが必要です。

**④認知症の方の生活の意向の確認**

認知症に罹患していても「望む暮らし方」が必ず存在するということは当然のことですが、介護支援専門員の中には、利用者が認知症だから「望む暮らし方」の確認ができないと平気で言われることがあります。

認知症の利用者の中には、「望む暮らし方」について「言語」で表すことができないこともあります。言語で語られないのであれば、言語以外の方法で理解し、明確化していくことが求められています。

コミュニケーションには、「非言語的コミュニケーション」という方法があり、介護支援専門員はこれを活用することによって認知症の方の「望む暮らし方」について把握することが可能となるのです。

また、本人に直接確認することが困難である場合、家族や関係の深い人に話を聞き、

生活歴や何が好きだったのか、何をしたいと思ってきたのか等の情報を出発点として「望む暮らし」を探っていく方法もあります。

#### 4) 第二表の確認事項について

##### ①生活全般の解決すべきニーズ

第2表では、アセスメントの結果から、利用者の直面する課題を明らかにし、一つ一つの課題に対する対応策を検討するとともに、どのようなことを優先して解決を図るべきかを整理します。

課題を明確化することは、「何のために支援を受けるのか」について明確にすることであると同時に、「何の目的の為に何をするか」を明確にすることでもあります。

「生活課題（ニーズ）＝困りごと」ではありません。

##### ● 確認の視点

- ・ 利用者の主訴の背景に何があるのか。
- ・ 主治医に本人の健康状態を聞いているか。
- ・ 本人の困っていることについて、どのようになりたいのか、そのためにどのような支援が必要か、それによって生活はどのように変化をするのか。
- ・ ニーズ＝できないこと。単なる困っていることの羅列になっていないか。問題点の指摘のみになっていないか。
- ・ ニーズ化された背景に何があるのか。ニーズとした根拠を示すことができるか。
- ・ 困っていること、できないことをどのようにすることで、本人の自立支援や生活の質の変化にどのように影響するかを考える視点や発想があるか。
- ・ ニーズは介護サービスを利用するための目的となっているか。
- ・ ニーズは個別性のある具体的な記載になっているか。
- ・ ニーズや目標のとらえ方は達成可能な具体的な表記となっているか。サービスの提供がなぜ必要か、共通認識を持てるような記載になっているか
- ・ 利用者や家族の取り組むべき課題が明確になっているか。
- ・ 「在宅で安全に生活できる」等の漠然とした表現になっていないか。利用者にとっての安全とは何かをアセスメントを通じて具体的に考えているか。

## (2) 担当者会議について

### 1)担当者会議の役割

サービス担当者会議（ケアカンファレンス）には、次の役割があります<sup>2</sup>。担当者会議開催の目的や必要性を明らかにして、運営することが重要です。

- 要介護者等や家族の生活全体を共通理解すること。
- 支援目標と言われる「本人や家族の生活に対する意向」や援助者側の「総合的な援助の方針」について共通理解すること。
- 要介護者等の生活全般の解決すべき課題（生活ニーズ）をお互いが共有化すること。
- 居宅サービス計画の内容を相互に深めること。
- 作成された居宅サービス計画でのサービス提供者の相互の役割分担を理解すること。

### 2)担当者会議の準備

サービス担当者会議を円滑に行うためには、介護支援専門員による事前準備が必要です。誰に参加をしてもらうのか、どこで開催をするのか、何を検討するのか等の項目について決定をした後、利用者、ご家族、主治医、サービス事業者等の関係者に開催案内をお知らせして日程調整を行います。

### 3)担当者会議の運営

チームの各担当者が利用者やその家族の生活全体や望む方向について共通理解を得ることが重要です。そのために、一方的に介護支援専門員が状況を伝達するのではなく、各担当者が課題や解決策について前向きに話し合うことができる場を作ることが重要です。何を検討するのかを明確にしながら進行すると、より深く話し合いが進みます。

### 4)担当者会議の記録

サービス担当者会議の要点に関する記録については、他職種のサービス関係者がどのような場面で、どのような検討がなされたかを評価する上で大変重要であり、また、チームとして利用者を支援していく上において不可欠なものとなっています。

また、居宅介護支援事業所の運営基準に沿ってサービス担当者会議の開催、担当者への紹介を行っていない場合、介護報酬が減算されることとなっていますので、その根拠となる書類を整備することは介護支援専門員の重要な業務のひとつです。

サービス担当者会議の要点に関しては、次の点に留意して記録を行うことが大切です。

---

<sup>2</sup> 白澤政和「介護サービス（ケアマネジメント）機能論」



**【居宅サービス担当者会議の記録に関する留意点】**

- ①検討項目番号に対応して結論を記載する。
- ②「いつまでに誰が〇〇をする」という具体的な書き方で、結論を明記する。
- ③それぞれの役割分担に漏れや重複がないか、計画がスムーズに進行するか、話し合った要点を書きとめる。
- ④決定事項については、利用者や参加者に配布して、共通認識を図るようにする。

**(3) モニタリングについて**

**1)モニタリングの意義**

モニタリングは、介護支援専門員が、ケアプランの作成後、ケアプランに基づいたサービスの実施状況の確認を行い、必要に応じてプランの変更や事業者等との連絡調整等を行うものと規定されています。つまり、モニタリングとは、利用者自身の日常生活能力や家族の状況又は社会状況等の変化によって課題が変化していないかを継続的に把握しながら、ケアプランを作成してサービスを提供した結果が、利用者の自立支援、生活の質の向上につながっているか否かを評価するとともに、必要に応じてケアプランの修正や事業者等との連絡調整を行うものです。

**2)モニタリングの視点**

モニタリングには、大きく分けて「利用者の状況を把握するためのモニタリング」と「サービス提供の状況を把握するためのモニタリング」という2つの視点があります。

利用者の状況を把握するためのモニタリングは、利用者やその家族のニーズに変更がないか、利用者や家族がその家族の健康状態・生活状態・環境等に変化がないかという2つの視点で行うことが必要です。

**3)モニタリングの記録の視点**

- サービスの実施状況、いわゆるケアプラン通りのサービスが提供されているのか。
- サービスの内容が適切であるか。ケアプランの生活課題を解決するために、提供されるサービスの量や質が適切であるか。
- ケアプランの短期目標に対しての達成状況はどのようになっているか。短期目標に対するサービスの提供状態は適切であるか。
- ケアプランの内容が効果的であり、このケアプランの実施によって利用者の望む暮らしの実現が図られているか。
- ケアプランの内容についての修正が必要であるか。また、担当者会議等を開催してチームメンバーでの検討の必要があるか。

## 2. アセスメント確認演習

### 【目的】

アセスメント確認用紙を利用し、アドバイザーから受講者のケアマネジメントプロセスの理解度について助言を受けます。

### 【到達目標】

- ケアプランプロセスを確認します。
- アセスメント力をつけます。

### 【ケアプランによる演習】

受講者が提出した事例およびアドバイザーが事前に準備したアセスメント確認用紙を活用して、ケアマネジメントプロセスに対する理解を深めます。

### <確認の観点>

- アセスメントからニーズ把握、サービス計画へのケアマネジメントプロセスを踏んでいるか
- アセスメントができているか
  - 利用者や家族の悩み、要望を聴くことができているか
  - 利用者を身体、心理、社会的存在として捉えているか
  - 主訴の背景に何があるのか
- ニーズの根拠がどこにあるか
  - 単に困っていることの羅列となっていないか
  - ニーズの背景を捉えているか
  - 課題抽出されている項目と利用者の状況把握が整合しているか利用者の状況から推測される潜在化しているニーズがないか
  - 普段どのように生活をしているか、24時間の過ごし方を把握できているか
  - 在宅で安全に生活ができる、等の漠然とした表現になっていないか。利用者本人にとっての安全とは何か、アセスメントを通じて考えられているか。
- 利用者の自立支援に対してどのように考えているか
  - 利用者がどのような暮らしを望んでいるか
  - 目標とする生活のイメージの合意を取れているか
  - 困っていること、できないことをどうすることで、利用者の自立支援や生活の質の変化にどのように影響するか視点があるか
- 妥当な目標・サービスとなっているか
  - ニーズは介護サービスを利用する目的となっているか

2)受講者テキスト

- ・ 目標は達成可能で具体的な表記となっているか
- ・ 担当者会議の必要性、開催タイミング、運営が理解できているか
- ・ チームマネジメントの視点が理解できているか
- ・ 地域のサービス、社会資源の利用ができているか
- ・ モニタリングの機能の理解ができているか

【参照資料】

- ・ 様式 2-1 アセスメント確認用紙
- ・ 受講者提出事例

『アセスメント確認用紙』について

「アセスメント確認用紙」とは、受講者のケアマネジメントプロセスへの理解度やアセスメント力をアドバイザーと受講者がともに確認するための資料です。

- ケアマネジメントプロセスへの理解度とは、以下の各ステップで検討すべきことを理解しているかどうかです。
  - ・ 利用者に関する適切な情報収集、課題分析、ニーズ抽出
  - ・ ニーズに対する目標設定、サービス選択
  - ・ 担当者会議等による調整、モニタリング～再アセスメント
- アセスメント力とは、利用者に関する適切な情報集から得られた現状の問題点やその要因を踏まえて、課題を分析しているかどうかです。しばしば問題となる程度や現状を認識しながらニーズとして捉えられていなかったり、目に見える問題だけに対応し、その原因を解決していないことがあるためです。
- この確認表は、評価や監査の為に用いるものではなく、あくまでも受講者のケアマネジメント力を引き上げるためのものです。

参考資料3. 各種マニュアル  
2)受講者テキスト

[記入例:アセスメント確認用紙(架空事例に基づく)]

アセスメント確認用紙(記入例)			
受講者氏名:		アドバイザー氏名:	
<p>【利用者情報】 性別: 男性・女性 年齢: 75才            障害高齢者の日常生活自立度: 自立・J1・J2・A1・A2・B2・C1・C2            認知症高齢者の日常生活自立度: I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M            介護度: 要支援1・要支援2・要介護1・(要介護2)・要介護3・要介護4・要介護5</p>			
	① 利用者の状況把握	② 課題の抽出	③ メモ
<b>01 生活状況</b>			
① 家族構成・介護者の状況	✓	✓	夫の言葉通りにとられているようなので、ケアマネとして夫の言葉をどの読み取ったのか、面接方法や面接時の様子も含めて確認する。
② 生活歴	✓		生活歴がイメージしやすい記載になっている。生活の経過の捉え方がよい。
③ 経済状況	✓		収入(年金額)の中で介護にかけられる費用はどのくらいなのか?
<b>02 主訴</b>			
① 利用者の主訴	✓	✓	Aさんの認知症状からみて、主訴として記載されていることは本人の言葉? 思い? もしかしてケアマネがそう感じたことでは? 一確認する。
② 家族の主訴	✓	✓	夫は在宅介護の限界をどのくらいと考えているのか?
<b>03 健康状態・受診状況</b>			
① 既往歴・現病歴・症状	✓		
② 主治医の意見書	✓		主治医意見書は入手しているが活用ができていないのでは?
③ 服薬状況	✓		夫が管理していることは確認済み、飲んでいるか、確認しているのか?
④ 口腔・嚥下/褥瘡・皮膚	✓		義歯が合わないことで噛めない記載があるが、噛めないことによる栄養不足は検討されていない様子なので確認してみる。
<b>04 認知症</b>			
① 認知症状 徘徊・暴言等のBPSD(行動)	✓		認知症状から日常生活に起きていると思われる課題が確認できない。支援経過からはAさんとのお話が少ないうように思われる。
<b>05 ADL</b>			
① 移動	✓	✓	下肢機能の低下について、主治医意見書からの読み取り方は?
② 入浴	✓	✓	
③ 食事摂取	✓		
④ 排尿・排便	✓	✓	失禁への対応は課題としてとらえてはいない。
<b>06 IADL</b>			
① 家事(調理・掃除・選択)	✓		能力はあるが判断ができない、指示がないとできない状況のため、すべて夫が家事全般を担っている。夫は介護負担なしというのが本音は?
② 買い物・金銭管理	✓		
<b>07 コミュニケーション</b>			
① 意思の疎通	✓		本人の言葉をそのままのみにしていないか? 認知症状の特性をどの程度理解できているか? 一確認する
② 周囲との関わり・社会参加	✓		娘さんからの情報のみで近隣との関係性が見えない。地域に協力者はいるのか? 情報収集はしたようだが、記載漏れか?
<b>08 居住環境</b>			
① 室内環境・立地環境	✓	✓	転倒のリスクを回避しようとするために活動性の低下が起きているように思われるので、下肢筋力の低下などが起きていないか確認が必要
<b>09 特別な状況</b>			
① 虐待			夫の介護疲れにともない、介護放棄などに繋がっていないか確認が必要。
② ターミナルケア			今後どう介護していきたいか、再度確認が必要
<b>【記入要領】</b>			
① 利用者の状況把握:アセスメント用紙や支援経過に利用者の状況に関する記述があれば必ず記入する。			
② 課題の抽出:居宅サービス計画から利用者の課題を抽出しているかを確認し、記述があれば必ず記入する。			
③ メモ:利用者の状況が記載されていない場合や課題が適切に抽出されていないと思われた場合等、面談での確認ポイントや受講生に対する助言等があれば記入する。			
④ 演習では①~③を参考に、アセスメントとケアプラン、担当者会議録、支援経過から、連携状況を確認する。気付いたことを追記する。			
<b>④ アセスメント、ニーズ、目標、サービスのつながりについて</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>アセスメントシートに記載されている内容とケアプランの支援内容にずれがある。アセスメントシートでは計画を立てることとなっているがケアプランに上がってきていない課題がある。</li> <li>課題が見えているのに形にならないのもったいない。夫の気持ちに寄り添いたいと思う気持ちが先の見通しを弱くしている感がある。目先の対応だけでなく今後の暮らし方や先の見通しのもち方をアドバイスする。</li> </ul>			
<b>⑤ サービス内容、地域との連携について</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアプラン作成時、ひとりでは判断せず、他職種を巻き込もうとする良い姿勢が見られる。医療関係者との関わりが若干少ないようなのは記載漏れか、面談時確認する。</li> <li>単なる介護負担の回避だけになっていないか、確認する。</li> </ul>			
<b>⑥ その他</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症状の方との向き合いが苦手? 家族との関係や娘さんとの連絡はよく取っているのがわかるが、本人との関わり、関わり方が見えない。会話が成立しないと思いついていないのか? ケアマネとしての認知症状を持つ方との関わり方を確認する必要あり。</li> </ul>			

### 3. 研修目標設定

#### 【目的】

アドバイザーと受講者との個別面談により、この研修期間中の達成目標、および3～5年度の到達目標を設定します。

#### 【面談の進め方】

##### ① 実習の目標を確認します。

- この実習で学びたいことは何か？
- 次項のアセスメント確認を進めながら、学びたい内容、学ぶべき内容を絞り込みます。

##### ② 目標を設定します。

- アドバイザーと相談しながら目標を設定します。
- 受講者は目標設定用紙の所定項目を記入します。
- アドバイザーは目標を理解します。

【作成資料】 様式 2-3 目標設定用紙

#### 4. 個別同行実習・最終日全体研修準備

##### (1) 個別同行実習の日程調整

この後の個別同行実習は、アドバイザーと受講者とで進めます。

アドバイザーと受講者の両者で同行の日程を調整の上、個別実習日程報告用紙に日付、時間を記入し、お互いで共有するとともに運営事務局に提出します。

(注意) 同行時に発生した事故等については、運営事務局での責任を負いかねますので、可能な限り公共交通機関を利用するか、個別で現地に向かい、現地集合とする等の検討を併せてお願いいたします。

【作成資料】 様式 2-4 個別実習日程報告用紙

##### (2) 最終日全体研修におけるプレゼンテーションに向けて

最終日全体研修では、受講者が研修で得た事、「気づき」を発表し、研修のアドバイザー・受講者で共有します。受講者は最終日までに、本テキストの「Ⅲ 最終日全体研修 1. [演習]プレゼンテーション」を参考に、研修を通じ気づいたことをまとめておきます。アドバイザーは受講者の準備を補助します。

##### (3) 同意書等の提出

以下の書類を運営事務局に提出します。

###### 【提出資料】

様式 1-2 説明同意書（受講者向け） ※未提出の場合

様式 2-4 個別実習日程報告用紙

様式 3 利用者同意書 ※個別実習開始前までに提出

※様式3については、本テキスト「第1章 8. 事前準備 (3) 同行ケースの選定、利用者の理解取得」を参照してください。

参考資料3. 各種マニュアル  
2)受講者テキスト

初日全体研修風景（講義）



初日全体研修風景（ペアごとに席替え）



初日全体研修風景（アドバイザーと受講者のペアによる演習）

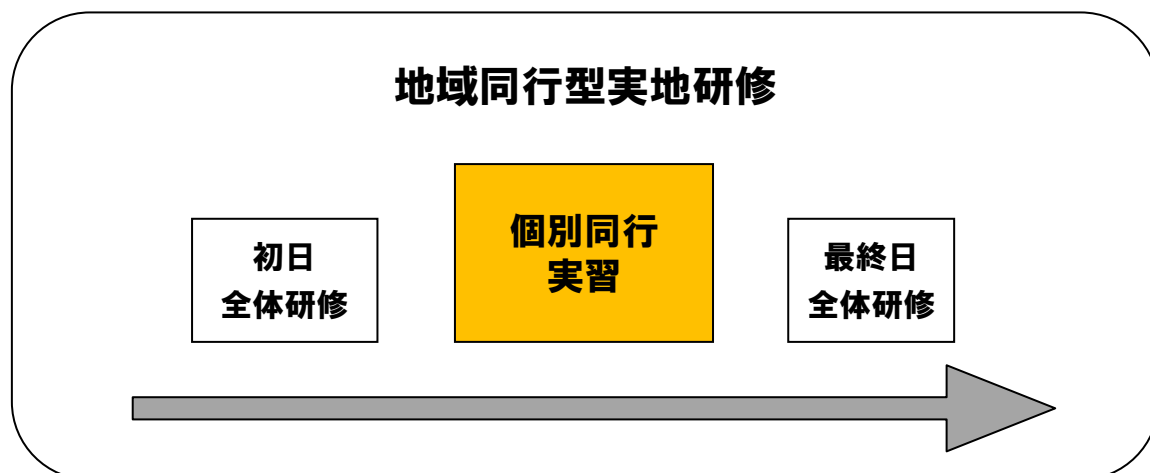


参考資料3. 各種マニュアル  
2)受講者テキスト



第2章 地域同行型実地研修  
Ⅱ 個別同行実習

**第2章 地域同行型実地研修**  
**Ⅱ. 個別同行実習**



## 1. サービス担当者会議への同行

### 【目的】

サービス担当者会議の進め方、および担当者間の調整のあり方を学びます。

### 【到達目標】

- 適切な担当者会議のファシリテートができる。
- 担当者間の調整ができる。
- 担当者会議録を適切に作成できる。

### 【作成資料】 様式 4-1 サービス担当者会議評価ツール（受講者用）

※作成した資料は保管し、最終日全体研修に持参します。

### 【サービス担当者会議評価ツール】

「サービス担当者会議評価ツール」とは、サービス担当者会議における準備、運営、議事報告までの各場面についての事前目標と事後評価を、受講者が自分でチェックし、確認するためのツールです。

#### 1) アドバイザー担当ケース

- 事前準備
  - 会議出席者の事前承諾を得ます。
  - 会議の議題、論点を受講者に伝えます。
  - 受講者は、各場面におけるサービスについて、特にどのような点に重点を置いて観察したいかツールの該当項目にチェックしてください。また、具体的なポイントがあれば、メモ欄に記載した上で、会議に臨んでください。
- 同行
  - 会議運営の流れや時間配分などを観察し、進め方を学びます。
  - 参加者の発言や態度を観察し、質問のあり方を学びます。
  - 記録の仕方を学びます。
- 振り返り
  - 受講者はサービス担当者会議評価ツールの中で特に気づきのあった項目にチェックし、具体的な気づきの内容を記録してください。記録後、ツールをアドバイザーに渡します。
  - アドバイザーは、ツールにメッセージを記入し、受講者に気づいた点（進め方、質問・記録のあり方等）を伝えます。

2) 受講者担当ケース

- 事前準備
  - ・ 会議出席者の事前承諾を得ます。
  - ・ 会議の議題、論点をアドバイザーに伝えます。
  - ・ 各場面におけるサービスについて、特にどのような点に重点を置きたいか、サービス担当者会議評価ツールの該当項目にチェックしてください。また、具体的に立てている目標があれば、メモ欄に記載した上で、会議に臨んでください。
- 同行
  - ・ 受講者は会議を主催します。
- 振り返り
  - ・ 受講者は自分の準備・運営・報告について特に達成が大きかった項目や、課題を感じる項目についてサービス担当者会議評価ツールの該当項目にチェックし、具体的な内容をメモしてください。記録後、ツールをアドバイザーに渡します。
  - ・ アドバイザーは、ツールにメッセージを記入し、受講者に気づいた点（進め方、質問・記録のあり方等）を伝えます。

i. 場面設定とチェック項目（サービス担当者会議評価ツールより抜粋）

場面	大項目	小項目
準備場面	開催のタイミング	会議の目的と開催のタイミングによって、必要な準備事項が変わってくることに留意して、以下の項目を確認する。
	開催の周知	・ 周知の方法は適切か（電話・ファックス・メール・面談・その他）。 ・ 場所・時間・テーマなど必要事項を周知しているか。
	参加者の選択	・ テーマによって必要なメンバーを中心に参加者を募っているか。 (本人・家族・介護サービス事業者・地域包括支援センター・地域の方、その他)
	主治医への参加案内	・ 主治医に参加案内をしているか。 ・ 参加困難なことが多いため、不参加の場合は、事前に面談もしくは文書による聴取を行っておくか、 ・ 看護師・MSWに代理出席していただく手配をしているか。
	資料配布	・ 当日の議題（開催目的）に応じた資料を事前に送付しているか。 各担当者が必要な情報を持ち寄るための意識づくりに必要。 (例：ケアプラン1～3表、利用者の状態像が分かる資料など)
	本人・家族への配慮	・ 掃除や茶菓の用意などは不要であることを事前に伝えているか。
	欠席者の	・ 事前に欠席者との情報交換をしておき、会議の場で欠席者の意見を伝える準備ができているか。

参考資料3. 各種マニュアル  
2)受講者テキスト

	把握	
	当日準備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人数分の資料の準備はできているか。</li> <li>・座席位置の設定をしているか（利用者家族とケアマネは近くに座り、それぞれの表情が見える場所を確保する。できれば利用者及び家族の隣に座ることが望ましい）</li> <li>・到着時間は守れたか</li> </ul>
開催場面	時間の統制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・開始・終了時間は守れたか。</li> <li>・開始時におおむねの終了時間を目安を述べたか。</li> <li>・時間についての協力を参加者に依頼しているか。</li> <li>・参加者の発言時間をコントロールできているか。</li> <li>・時間内に議論が終わらない場合は、他の参加者に、延長するか意見を聞いているか。</li> </ul>
	開会時	<ul style="list-style-type: none"> <li>・開催の挨拶をしたか。</li> <li>・参加者の紹介をしたか。 1. 本人・家族を紹介する 2. サービス事業所は各自、事業者名を述べて自己紹介をする</li> <li>・本日の会議の目的を述べて、全員が共有できるようにしているか。</li> <li>・ケアプランの内容について説明をしたか。</li> </ul>
	アセスメント、ケアプランの説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者目線で専門用語・分かりづらい言葉の言い換えをしているか。</li> <li>・利用者の表情を確認しているか。</li> <li>・言葉遣いは丁寧か。</li> <li>・説明は簡潔か。</li> <li>・内容の説明を終えたら、本人・家族に内容についての確認もしくは感想を述べてもらったか。</li> </ul>
	議論の目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各サービス事業所の役割分担、本人・家族の役割分担は明確になったか。</li> <li>・支援チームの全体像が見えたか。</li> </ul>
	議論のリード	<ul style="list-style-type: none"> <li>・時間内に結論が出たか。</li> <li>・議論がずれたり、横道に逸れた場合はしっかり論点を戻したか。</li> <li>・一人が長く発言をしないように、また、誰もが平等に発言できるようにしているか。</li> <li>・専門職ばかりが熱心に議論をして、本人・家族が置き去りになっていないか。</li> <li>・参加者から、サービス内容が難しい、時間がないなどの否定的な意見が多く出た場合は、会議をいったん中断して、否定的な内容についての意見を確認しているか。後日、再度検討した方がよい場合もある。</li> </ul>
	議論：サービス事業所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアプランの説明・サービスの実行において各自の役割分担が理解できるか。</li> <li>・役割を実行するための注意事項はないか、その他サービスを実行するために新たなアイデアや想いはないか、確認はできているか。</li> <li>・専門職ばかりが熱心に議論をして本人・家族が置き去りになっていないか。</li> </ul>
	議論：本人・	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者本人や家族が不安・不快な気持ちになることがないように進行しているか。</li> </ul>

参考資料3. 各種マニュアル  
2)受講者テキスト

家族への配慮	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の思い・家族の思い（不安・負担なども含め）を発言してもらっているか。</li> <li>・専門職ばかりが熱心に議論をして本人・家族が置き去りになっていないか。</li> </ul>
議論のまとめ方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・出てきた意見について、まとめを行っているか。</li> <li>・この支援で問題が発生した場合に、誰に連絡をするかが明確になったか。</li> <li>・残された課題や解決に至らなかった課題などを参加者に説明し、了解を得ているか。</li> </ul>
閉会時の連絡事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・終了時に次回の担当者会議の開催時期などを伝えたか。</li> <li>・閉会の前に参加者にお礼を述べたか。</li> </ul>
守秘義務の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・開催時・閉会時のいずれかにおいて参加者に対し、「会議等で知りえた情報については、個人情報保護する観点から、会議後に他言することのないように」と告げているか。</li> </ul>
時間の統制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・開始・終了時間は守れたか。</li> <li>・開始時におおむねの終了時間を目安を述べたか。</li> <li>・時間についての協力を参加者に依頼しているか。</li> <li>・参加者の発言時間をコントロールできているか。</li> <li>・時間内に議論が終わらない場合は、他の参加者に、延長するか意見を聞いているか。</li> </ul>
議事録	<ul style="list-style-type: none"> <li>・参加者・欠席者を明示しているか。サービス事業所の参加者からは名刺をもらっておくとよい。</li> <li>・議題・検討した内容を簡潔に書いているか。</li> <li>・結論はわかりやすいか。（検討内容について、どのように支援をしていくのか、対応方法などの決定事項を具体的に記載する）</li> </ul>

ii. このツールには、項目チェックの際の指標として、「評価の視点・方法」を添付しています。事前の目標設定および事後評価の際に参照してください。

iii. このツールは、評価や監査の為に用いるものではなく、あくまでも受講者の気付きを促すためのものです。

## 2. 同行訪問モニタリング

### 【目的】

モニタリングの進め方、事後調整のあり方を学びます。

### 【到達目標】

- 適切なモニタリング（アセスメント）ができる。
- 状況に応じた調整ができる。
- モニタリング記録を適切に作成できる。

### 【作成資料】 様式 4-2 同行訪問モニタリングツール（受講者用）

※作成した資料は保管し、最終日全体研修に持参します。

### 【同行訪問モニタリングツール】

「同行訪問モニタリングツール」とは、同行訪問における準備、現場の業務、実施後業務、そして振り返りまでの各場面についての事前目標と事後評価を、受講者が自分でチェックし、確認するためのツールです。

#### 1) アドバイザー担当ケース

- 事前準備
  - 利用者の事前承諾を得ます（同意書を取得）。
  - 当該利用者の課題を受講者に伝えます（事前提出事例が望ましい）。
  - 受講者は、各場面におけるサービスについて、特にどのような点に重点を置いて観察したいかツールの該当項目にチェックしてください。また、具体的なポイントがあれば、メモ欄に記載した上で、同行に臨んでください。
- 同行

受講者はモニタリングに同行します。

  - モニタリングの仕方を観察し、進め方を学ぶ。
  - モニタリング記録のまとめ方を学ぶ。
  - モニタリング結果を受けた事業者調整の方法を学ぶ。
- 振り返り
  - 受講者は同行訪問モニタリングツールの中で、特に気づきのあった項目にチェックし、具体的な気づきの内容を記録してください。記録後、ツールをアドバイザーに渡します。
  - アドバイザーは、ツールにメッセージを記入し、受講者に気づいた点（進め方、質問・記録のあり方等）を伝えます。

## 2) 受講者担当ケース

- 事前準備
  - 利用者の事前承諾を得ます（同意書を取得）。
  - 当該利用者の課題をアドバイザーに伝えます（事前提出事例が望ましい）。
  - 各場面におけるサービスについて、特にどのような点に重点を置きたいか、サービス担当者会議評価ツールの該当項目にチェックしてください。また、具体的に立てている目標があれば、メモ欄に記載した上で、会議に臨んでください。
- 同行
  - アドバイザーはモニタリングに同行して、モニタリングの仕方を観察し、進め方を把握します。
- 振り返り
  - 受講者は自分の準備・運営について特に達成が大きかった項目や、課題を感じる項目について同行訪問モニタリングツールの該当項目にチェックし、具体的な内容をメモしてください。記録後、ツールをアドバイザーに渡します。
  - アドバイザーは、ツールにメッセージを記入し、受講者に気づいた点（進め方、質問・記録のあり方等）を伝えます。

### i. 場面設定とチェック項目（同行訪問モニタリングツールより抜粋）

場面	大項目	小項目
準備場面		①日程の調整、②事前情報の確認、 ③目的の明確化
現場	利用者からの聞き取り	①生活状況の変化、②体調の変化、 ③介護力の変化、④権利擁護の確認
	ケアプランの実行状況	①実行状況の把握、②利用状況の把握、 ③利用状況の変化
	サービスの提供	①実施状況、②満足度の把握、 ③苦情（不満）有無
	課題解決の可能性	①短期目標の到達度、②長期目標の到達度、 ③ニーズの変化
	ケアプラン変更の必要性	①再アセスメントの必要性、②生活環境、 ③介護力の変化、③サービス内容
実施後	モニタリング結果の連携	①サービス事業者、②主治医、③その他、 ④サービス担当者会議開催の必要性、 ⑤他機関との協働

参考資料3. 各種マニュアル  
2)受講者テキスト

	記録	①記載内容
振り返り		①目的通りにできたか、②自らの課題は何か ③今後のあり方

- ii. このツールには、項目チェックの際の指標として、「評価の視点・方法」を添付しています。事前の目標設定および事後評価の際に参照してください。
- iii. このツールは、評価や監査の為に用いるものではなく、あくまでも受講者の気付きを促すためのものです。

### 3. その他オプションメニュー

- 地域により、オプションメニューとして訪問診療・訪問看護への同行等が用意されている場合があります。メニューがある場合は、運営事務局の指示にしたがって研修を進めてください



## 第2章 地域同行型実地研修

### Ⅲ 最終日全体研修

## 第2章 地域同行型実地研修

### Ⅲ. 最終日全体研修



## 1. [演習]プレゼンテーション

### 【目的】

研修で得た事、「気づき」を発表し、研修のアドバイザー・受講者で共有します。

### 【到達目標】

- 自分の考えを伝え、他社の経験を学びのあるものにします。
- 表現力やコミュニケーション力、学び合い、高めあう姿勢を身につけます。

### (1) 事前準備

受講者はプレゼンテーション資料を作成します。

- 期間中に扱った1事例を選び、自分が研修で得たこと、共有したいことをA3用紙1枚程度にまとめ、プレゼンテーション資料を作成します。
- 様式や内容についての定めは特にありません。伝えたい内容を文字だけでなく、図やイラストを用いてもよいです。
- 可能であれば、受講者の所属事業所管理者にも参加を呼びかけます。

### 【参考資料】

本テキスト参考資料： プレゼンテーション資料例

### (2) プレゼンテーション

- 受講者は作成したプレゼンテーション資料をホワイトボード等に掲示・発表し、質疑応答を行います。
- また、各受講者の体験内容・できたこと・できなかったこと・感情・今後の抱負を全体で共有します。

### 【提出資料】

プレゼンテーション資料（受講者には、研修評価終了後、返却いたします）



参考資料3. 各種マニュアル  
2)受講者テキスト

プレゼンテーション風景（パワーポイントでの発表）



プレゼンテーション風景（ホワイトボードでの発表）



プレゼンテーション風景（紙芝居での発表）



参考資料3. 各種マニュアル  
2)受講者テキスト

2. 研修の振り返り

- 受講者は振り返り用紙の所定項目を記入し、アドバイザーに渡します。
- アドバイザーは、受講者と所属事業所管理者へのメッセージを記入して受講者に返します。



【作成資料】

様式 4-3 振り返り用紙

【提出資料】

様式 4-1 サービス担当者会議評価ツール（受講者用）

様式 4-2 同行訪問モニタリングツール（受講者用）

様式 4-3 振り返り用紙

### 3. 修了証の授与

- 受講者に研修講師または運営事務局等から、修了証を授与します。



# 資料集

## I 様式

様式名	本文関連頁	提出時期
1-1 フェースシート	7	申込時提出
1-2 説明同意書	8,20	初日全体研修まで
2-1 アセスメント確認演習チェック表	p16-18	最終日まで自己管理
2-2 目標設定用紙	19	
2-3 個別実習日程報告用紙	20	初日全体研修後
3 利用者同意書	8,20	同行実習開始まで
4-1 サービス担当者会議評価ツール	p24-27	最終日まで自己管理
4-2 同行訪問モニタリングツール	P28-30	
4-3 振り返り用紙	P34	最終日

## II 参考資料

1. プレゼンテーション資料例 (関連ページ) p 32-33

[様式 1-1:フェースシート(受講者向け)]

日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (年齢: \_\_\_\_\_ 才)

基本職種	
簡単な職歴	
介護支援専門員としての経験年数	_____ 年
所属している事業所の規模	• 併設事業所数 ( _____ ケ所) • その他 ( _____ )

研修期間中に同行等を通じて学びたいと思うケース	( _____ ) 認知症 BPSD のあるケース ( _____ ) がん終末期のケース ( _____ ) その他特に学びたいケースがありましたらご記入ください ⇒ ( _____ )
-------------------------	---

[様式 1-2:説明同意書(受講者向け)]

「地域同行型実地研修」説明同意文書（受講者用）

①目的

介護支援専門員が良質なケアマネジメントを地域全体で展開するための実習型の研修を提供することにより、相互研さんを通じて、実践の中で業務について1～3年程度の介護支援専門員の専門職としての実務能力の向上、及び、主任介護支援専門員のスーパービジョン力の向上を目指します。

②日程

日程	実施内容	詳細	場所	時間
60 日前	募集・受付	<ul style="list-style-type: none"> <li>実習協力施設を募集。</li> <li>実習協力施設からアドバイザー候補の推薦を受けて決定。</li> <li>受講者の募集を開始し、申し込みを受け付ける。</li> </ul>	—	—
30 日前	受講案内と事例提出	<ul style="list-style-type: none"> <li>アドバイザー・受講者に研修資料を配布。</li> <li>アドバイザーはフェースシートを運営事務局に提出。</li> <li>受講者はフェースシートと困っているケース1事例の記録(個人情報削除済み;2部)を運営事務局に提出。</li> <li>運営事務局はフェースシートをもとに、アドバイザーと受講者のペアを作成。</li> </ul>	—	—
	アドバイザー事前研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>アドバイザーを対象に事前研修を開催し、アセスメント確認の方法や実習での指導法等について、認識を共有する。</li> <li>アドバイザーはペアとなる受講者の事例を受け取る。</li> </ul>	研修会場	4
	研修準備	<ul style="list-style-type: none"> <li>アドバイザーは、初日までに受講者提出ケースのアセスメント確認を行う。</li> <li>受講者はテキストを読み、研修内容を理解する。</li> </ul>	—	—
開始	初日 全体研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>プログラム趣旨説明</li> <li>講義:アセスメント確認の目的と必要性</li> <li>演習:提出ケースを用いたアセスメント確認</li> <li>研修目標設定:「目標設定用紙」を使用してアドバイザーと相談しながら目標を設定し、個別実習の日程調整を行う。</li> </ul>	研修会場	3
約2～ 3ヶ月	個別実習 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>※基本的には、以下の個別実習を半日×4回行う。</li> <li>アドバイザー担当ケース同行 1:担当者会議の運営とその記録</li> <li>アドバイザー担当ケース同行 2:モニタリングとその後の関係機関調整(受講者提出事例に類似し</li> </ul>	実習協力施設	3
	個別実習 2			3



参考資料3. 各種マニュアル  
2)受講者テキスト

	個別実習 3	た事例が望ましい) • 受講者担当ケース同行 1: 担当者会議の運営とその記録(必ずしも提出事例でなくてよい)	受講者 所属事業所	3
	個別実習 4	• 受講者担当ケース同行 2: モニタリングとその後の関係機関調整(提出事例)		3
最終日	最終日 全体研修	• プレゼンテーション: 各受講者が期間中に扱った 1 事例を選び、A3 用紙又は模造紙に研修で得た気付きや学びをまとめて発表し、質疑応答を行う。 • 振り返り: 各受講者の研修での体験内容・できたこと・できなかったこと・感情・今後の抱負を全体で共有する。 • 修了証授与	研修会場	4

③研修期間: 3~4ヶ月程度

④個人情報保護への対応とデータの保管について

あなたのお名前、所属先住所、電話番号等の個人情報は、郵送物の郵送等、研修の実施のために必要な範囲で使用するとともに、研修修了者名簿として管理します。この情報は、本研修に関連する連絡の他、あなたが主任介護支援専門員の資格を取得する際に参照する目的で使用させていただきます。

また、研修中、アドバイザーまたは受講者の方が担当する利用者宅に同行訪問をする場合等、当該利用者の個人情報に接する可能性があります。そこで知り得た情報について口外しないことをお約束いただきます。

⑤同意

私は、説明を受けて本研修の趣旨を理解し、受講者として参加することに同意します。また、研修を通じて知り得た利用者等に関する情報は、研修以外での使用、公表をしないことを約束します。研修後に行う最終報告会に提出する資料等にも、個人が特定されるようなことは記載しません。

ご氏名: \_\_\_\_\_

ご所属: \_\_\_\_\_

日付: (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

2)受講者テキスト

[様式 2-1:アセスメント確認演習チェック表(受講者用)]

アセスメント確認演習チェック表 (受講者用)					
①実施前重点目標: 目標とした項目にチェックをします。 ②目標: 具体的な目標を書きます。 ③実施後評価: 演習実施後、特に達成の大きかった項目や課題を感じる項目にチェックをします。 ④評価: 評価の内容を具体的に書きます。		受講者氏名 _____			
					実施日
①実施前重点目標	②目標	③実施後評価	④評価		
<b>01 生活状況</b>					
① 家族構成・介護者の状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
② 生活歴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>02 主訴</b>					
① 利用者の主訴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
② 家族の主訴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>03 健康状態・受診状況</b>					
① 既往歴・現病歴・症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
② 主治医の意見書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
③ 服薬状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
④ 口腔・嚥下／褥瘡・皮膚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>04 認知症</b>					
① 認知症状 徘徊、暴言等のBPSD(行動)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>05 ADL</b>					
① 移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
② 入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
③ 食事摂取	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
④ 排尿・排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>06 IADL</b>					
① 家事(調理・掃除・選択)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
② 買い物・金銭管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>07 コミュニケーション</b>					
① 意思の疎通	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
② 周囲との関わり・社会参加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>08 居住環境</b>					
① 室内環境・立地環境	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>09 特別な状況</b>					
① 虐待	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
② ターミナルケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>④ アセスメント、ニーズ、目標、サービスのつながり</b>					
① つながり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
② アセスメント	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
③ ニーズの把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
④ 目標設定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>⑤ サービス内容、地域との連携</b>					
① サービス計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
② チームマネジメント	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
⑤学んだこと・自己評価		⑥その他メモ		⑦アドバイザーからのメッセージ	
				良かったところ  良くした方がいいところ	
⑤学んだこと・自己評価: 目標設定用紙(様式7)の目標がどの程度達成されたか、総合的に評価してください。		⑥その他メモ: その他気づいた点や、目標とはしていなかったが新たな課題となる点を記入してください。		⑦アドバイザーメッセージ: 受講者分記入後、アドバイザーが助言や評価のメッセージを記入します。	

参考資料3. 各種マニュアル  
2)受講者テキスト

[様式 2-2:アセスメント確認の考え方] (1/2)

アセスメント確認用紙 (確認の考え方)	
<b>01 生活状況</b>	
① 家族構成・介護者の状況	利用者を含む家族等の年齢・性別・同居などの把握ができているか。 主介護者の健康状態や就労の有無、家族との関係性を把握しているか。 介護者の負担感の程度はどのくらいか。
② 生活歴	利用者本人のこれまでの生活(職業や住んでいた場所)、大切にしていることの把握ができているか。
③ 経済状況	介護費用に使える金額、年金の種類が把握ができているか。
<b>02 主訴</b>	
① 利用者の主訴	家族でなく「本人」の生活上の困りごとを把握しているか。利用者本人の言葉で書かれているか、ケアマネジャーが感じていることか。 困りごとが起こっている背景は何か。
② 家族の主訴	家族の困りごと(本人のとは区別)を把握しているか。誰がどの様なことで困って相談に至ったか。
<b>03 健康状態</b>	
① 既往歴・現病歴・症状	ケアプランへの反映が必要な疾患を把握しているか。 下痢、(夜間の)頻尿、食欲不振、便秘(の程度)、めまい、吐き気、動悸、息切れなどの具体的な症状の訴えがあるか。 精神的な不安やうつ傾向がある場合は、きっかけ、負担の程度、社会交流の減少程度、訴える内容と訴える相手を把握しているか。
② 主治医の意見書	主治医意見書を取り寄せているか。意見書の記載内容を参考にしているか。 ケアマネジャーがかかりつけ医と連携しているか。
③ 服薬状況	薬剤の管理状態、服薬時間の把握、服薬方法・服薬量の理解ができるか。
④ 口腔・嚥下／褥瘡・皮膚	残歯の状況、口腔内の状態(口腔内の乾燥・潰瘍の有無)、咀嚼・嚥下状態等を把握しているか。 褥瘡の有無、やけど、発疹・乾燥・掻痒症・疥癬などの感染症の既往の有無とその程度を把握しているか。
<b>04 認知症</b>	
① 認知症状 徘徊、暴言等の BPSD(行動)	本人に直接確認が困難な場合、家族や関係の深い人など複数の周辺の人から、利用者の大切にしていること等を聞いているか。 BPSD(徘徊、暴言等)が有る場合、どのようなときに発生しているか。確定診断を受けているか。専門医を受診しているか。 利用者本人に直接関わり、確認をしているか。
<b>05 ADL</b>	
① 移動	居室内の移手段、居室外・屋外の移手段、移動の不安・転倒の有無とその頻度、乗り物の活用程度や起居動作の程度を把握しているか。できていることに気づいているか。
② 入浴	入浴方法や入浴場所、入浴の介助の程度(誰がどの程度介助をしているのか)、入浴の好き・嫌いを把握しているか。
③ 食事摂取	一日の水分摂取量、食事の回数、食事内容、肥満・痩せ(病的な場合はBMIの把握)の程度を把握しているか。 嚥下の状態、食事の摂取状況(セッティング後に自力での摂取が可か否か)、ムセの有無等を把握しているか。
④ 排尿・排便	排泄の有無や程度、場所、頻度、介助の有無や誰がどの程度支援しているか。 失禁が有る場合、尿意・便意の有無や程度、泌尿器科への受診の有無、留置カテーテルの有無等を把握しているか。
<b>06 IADL</b>	
① 家事(調理・掃除・洗濯)	献立を考えること、調理の準備、手順の理解、調理器具の利用、配膳・引き膳等ができるか、誰がおこなっているか。 掃除の手順(掃除機の操作)や家の中の整理整頓の状況を把握しているか。洗濯機の操作や洗濯物を干す・取り込む、たたむ等の動作ができるか。誰が行っているか。
② 買い物・金銭管理	買うもの考える(リスト化する)、買うものを選択できる、支払いができる、買い物する場所の見当がつか。誰が行っているか。
<b>07 コミュニケーション</b>	
① 意思の疎通	日常の出来事や意見・要望などを人に伝えることができるか。緊急時の本人との対応可能なコミュニケーション方法を把握しているか。 読解力や筆談など言語的なコミュニケーションの方法を把握しているか。視力・視野の程度、空間無視などの障害の程度、白内障の影響や眼鏡使用の有無、有聴力の程度、補聴器使用の有無や頻度などについて把握しているか。
② 周囲との関わり・社会参加	他者との関わり「誰とどの程度(頻度)」の関わりがあるか。以前より減っている場合、その理由と時期。
<b>08 居住環境</b>	
① 室内環境・立地環境	転倒のリスクの有無を確認しているか。必要に応じ、リハビリの可能性も検討しているか。 外出機会が乏しくなっていないか。
<b>09 特別な状況</b>	
① 虐待	社会通念を超えた生活状態(食事内容・排泄介助・入浴・室内環境)、説明不能なあざやけが、身体的抑制の有無と頻度、暴言・暴行、放置(ネグレクト)の状態・程度と頻度、虐待が発生しそうな要因を把握しているか。
② ターミナルケア	疾病による余命が半年以内との診断を受けた場合の基礎疾患、癌などの場合は緩和ケアの方針、痛みの有無、告知の有無といった状況を把握しているか。

参考資料3. 各種マニュアル  
2)受講者テキスト

[様式 2-2 : アセスメント確認の考え方] (2/2)

④ アセスメント、ニーズ、目標、サービスのつながりについて	
① アセスメントからニーズ把握、サービス計画へのケアマネジメントプロセスを踏んでいるか	
② アセスメント	<p>主訴の背景に何があるのか、洞察できているか。</p> <p>左記のチェック項目を踏まえた上で、利用者を理解できているか。</p>
③ ニーズの把握	<p>単に困っていることを羅列するだけでなく、ニーズの背景を捉えているか。</p> <p>課題抽出されている項目と利用者の状況把握が整合しているか。</p> <p>普段どのように生活をしているか。24時間の過ごし方を把握できているか。</p> <p>在宅で安全に生活ができる、等の漠然とした表現になっていないか。</p> <p>利用者本人にとっての安全とは何か、アセスメントを通じて考えられているか。</p>
④ 目標設定	<p>利用者がどのような暮らしを望んでいるか。</p> <p>目標とする生活のイメージの合意を取れているか。</p> <p>目標は達成可能で具体的な表記となっているか。</p> <p>困っていること、できないことへの対応で、利用者の自立支援や生活の質にどのように影響するか、の視点があるか。</p> <p>利用者の意向を「困りごとを解決してほしい」と捉えるのではなく、困りごとを解決して、生活しようという意欲を引き出すことができているか。</p> <p>「家族の意向&gt;利用者の意向」となっていないか。</p>
⑤ サービス内容、地域との連携について	
① サービス計画	<p>ニーズは介護サービスを利用する目的となっているか。</p> <p>サービスを導入することが目的ではなく、それぞれのサービス導入が何を意図しているのかを明確に意識できているか。</p> <p>その意識に基づいたケアプランになっているか。</p> <p>軽度利用者認知症高齢者の支援内容やサービス内容が画一化されていないか。</p> <p>例えば：夜間土日のサービスの必要性について目を配っているか。</p> <p>導入されたサービスの必要性について、根拠を明確にできているか。</p> <p>ニーズと社会資源(フォーマル、インフォーマルともに)の結び付けの整合性が取れているか。</p>
② チームマネジメント	<p>ケアプランに位置付けられた各種の社会資源が共通して目指す目標が明確になっているか(ケース支援の目標)</p> <p>その上で、ケアプランに位置付けられた各種の社会資源の役割分担が明確になっているか。</p> <p>ケアプランの中でこれらが明記されているか。</p>
⑥ その他	

[様式 2-3:目標設定用紙(受講者用)]

日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

○ あなたの短期目標（今回の研修期間中の達成目標）

--

○ あなたの中長期目標（3～5年後の到達目標）

--

○ 目標達成のための具体的な戦略

	日付	当日体験すること（予定）	当日の達成目標
初日全体研修		・ 講義：ケアマネジメント業務の考え方と研修の進め方 ・ 演習：アセスメント確認（提出ケースについて）	
個別実習		（アドバイザー担当ケース） サービス担当者会議同行	
個別実習		（受講者担当ケース） サービス担当者会議同行	
個別実習		（アドバイザー担当ケース） モニタリング場面同行	
個別実習		（受講者担当ケース） モニタリング場面同行	
最終日全体研修		・ プレゼンテーション ・ 振り返り	

※個別実習の順序は自由です。都合のついた順番でかまいません。

[様式 2-4:個別実習日程報告用紙]

個別実習日程報告用紙

報告先 FAX 番号 : (事務局名) ●●●-●●●-●●●●

○基本メニュー

	内容	日付	時間
例	アドバイザーの担当利用者のモニタリング場面への同行	11月14日	13:00~16:00
①	アドバイザーの担当利用者のサービス担当者会議場面への同行	月 日	: ~ :
②	受講者の担当利用者のサービス担当者会議場面への同行	月 日	: ~ :
③	アドバイザーの担当利用者のモニタリング場面への同行	月 日	: ~ :
④	受講者の担当利用者のモニタリング場面への同行	月 日	: ~ :

○オプションメニュー

	内容	日付	時間
⑤	●●	月 日	: ~ :
⑥	●●	月 日	: ~ :

利用者への説明・同意が済んでいる

※「地域同行型実地研修」説明同意文書（利用者の方用）について、利用者への説明が完了しており、文書に署名があればチェックする。

(その他注意)

※同行時に発生した事故等について事務局では責任を負いかねますので、可能な限り公共交通機関を利用するか、現地集合とする等の検討を併せてお願いいたします。

[緊急連絡先]

(事務局)

電話 : ●●-●●●-●●●●、FAX : ●●-●●●-●●●●

(担当者氏名)

携帯 : ●●-●●●-●●●●

[様式3 :利用者同意書]

地域同行型実地研修  
説明同意文書（利用者の方用）

①目的

介護支援専門員が良質なケアマネジメントを地域全体で展開するための実習型の研修を提供することにより、相互研さんを通じて、実践の中で業務について1～3年程度の介護支援専門員の専門職としての実務能力の向上、及び、主任介護支援専門員のスーパービジョン力の向上を目指します。

②研修内容

本研修では、初日および最終日に2日間程度の全体での座学研修を行う他、地域の主任介護支援専門員がアドバイザーとして、研修機会等の少ない介護支援専門員の受講者に対し、2日間程度の個別同行実習を実施いたします。

個別同行実習では、受講者およびアドバイザーの介護支援専門員それぞれが、担当する利用者宅(あなたのお宅)への同行訪問等を行うことを予定しており、個別同行実習に先だって、当該利用者に関する居宅サービス計画書(ケアプラン)等の書類を、匿名化した上で共有する予定です。

③期間

全体期間：平成●年●月～●カ月程度

研修期間中に利用者宅(あなたのお宅)に同行する回数：1回ないし2回

④個人情報保護への対応

同行訪問等の場面では、研修のアドバイザーや受講者が、利用者(あなた)の個人情報に接する可能性があります。個別実習を通じて知り得た情報は、本研修以外の目的での利用、公表はしないことを書面にて約束いたします。

⑤その他の倫理的配慮

本研修にご協力いただくことは任意であり、仮に苦痛等を感じた場合にはいつでも協力をとりやめることが可能です。途中で協力をとりやめた場合にも何ら不利益を受けることはありません。

⑥利用者(あなた)の担当居宅介護支援事業所及び介護支援専門員

事業所名: \_\_\_\_\_

管理者氏名: \_\_\_\_\_

担当介護支援専門員氏名: \_\_\_\_\_

⑦個別同行実習時に同行する介護支援専門員

氏名: \_\_\_\_\_

所属: \_\_\_\_\_

⑧同意

私は、説明を受けて本研修の趣旨を理解し、個別同行実習での同行訪問等に同意します。

ご氏名: \_\_\_\_\_

ご本人による署名が難しい場合の代筆者(ご家族)

ご氏名: \_\_\_\_\_



参考資料3. 各種マニュアル  
2) 受講者テキスト

[様式 4-1: サービス担当者会議評価ツール(受講者用)]

サービス担当者会議評価ツール(受講者用) (1/2)				
<p>①実施前重点目標: 目標設定用紙(様式7)を確認して、自分の目標に関連する項目にチェックをします。 ②目標: 具体的な目標を書きます。 ③実施後評価: 演習実施後、特に達成の大きかった項目や課題を感じる項目にチェックをします。 ④評価: 評価の内容を具体的に書きます。</p>		受講者氏名 _____ アドバイザー氏名: _____		
		①アドバイザーケース		
①実施前重点目標	②目標	③実施後評価	④評価	/
<b>I 準備</b>				
① 開催のタイミング	<input type="checkbox"/> 新規のケアプラン <input type="checkbox"/> 更新時 <input type="checkbox"/> サービスの追加・変更 <input type="checkbox"/> 課題解決 <input type="checkbox"/> その他( )			
② 開催の周知	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
③ 参加者の選択	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
④ 主治医への参加案内	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
④ 資料配布	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑤ 本人・家族への配慮	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑥ 欠席者の把握	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑦ 当日準備	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>II: 開催場面</b>				
① 時間の統制	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
② 開会時	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
③ アセスメント・ケアプランの説明	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
④ 議論の目的	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑤ 議論のリード	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑥ 議論: サービス事業所	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑦ 議論: 本人・家族への配慮	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑧ 議論のまとめ方	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑨ 閉会時の連絡事項	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑩ 守秘義務の確認	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>III 議事録</b>				
① 議事録	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑤学んだこと・自己評価	⑥その他メモ	⑦アドバイザーからのメッセージ		
		良かったところ  良くした方がいいところ		
⑤学んだこと・自己評価: 目標設定用紙(様式7)の目標がどの程度達成されたか、総合的に評価してください。	⑥その他メモ: その他気づいた点や、目標とはしていなかったが新たな課題となる点を記入してください。	⑦アドバイザーメッセージ: 受講者分記入後、アドバイザーが助言や評価のメッセージを記入します。		

参考資料3. 各種マニュアル  
2) 受講者テキスト

[様式 4-1: サービス担当者会議評価ツール (評価の視点・方法)]

サービス担当者会議評価ツール (評価の視点・方法)	
<b>01 準備場面</b>	
① 開催のタイミング	会議の目的と開催のタイミングによって、必要な準備事項が変わってくることに留意して、以下の項目を確認する。
② 開催の周知	・周知の方法は適切か(電話・ファックス・メール・面談・その他)。 ・場所・時間・テーマなど必要事項を周知しているか。
③ 参加者の選択	・テーマによって必要なメンバーを中心に参加者を募っているか。 (本人・家族・介護サービス事業者・地域包括支援センター・地域の方、その他)
④ 主治医への参加案内	・主治医に参加案内をしているか。 ・参加困難なことが多いため、不参加の場合は、事前に面談もしくは文書による聴取を行っておくか、 看護師・MSWIに代理出席していただく手配をしているか。
④ 資料配布	当日の議題(開催目的)に応じた資料を事前に送付しているか。各担当者が必要な情報を持ち寄るための意識づくりに必要。 (例: ケアプラン1~3表、利用者の状態像が分かる資料など)
⑤ 本人・家族への配慮	・掃除や茶菓の用意などは不要であることを事前に伝えているか。
⑥ 欠席者の把握	・事前に欠席者との情報交換をしておき、会議の場で欠席者の意見を伝える準備ができているか。
⑦ 当日準備	・人数分の資料の準備はできているか ・座席位置の設定をしているか(利用者家族とケアマネは近くに座り、それぞれの表情が見える場所を確保する。 できれば利用者及び家族の隣に座ることが望ましい) ・到着時間は守れたか
<b>02 開催場面</b>	
① 時間の統制	・開始・終了時間は守れたか。 ・開始時におおむねの終了時間を目安を述べたか。 ・時間についての協力を参加者に依頼しているか。 ・参加者の発言時間をコントロールできているか。 ・時間内に議論が終わらない場合は、他の参加者に、延長するか意見を聞いているか。
② 開会時	・開催の挨拶をしたか。 ・参加者の紹介をしたか。1、本人・家族を紹介する 2. サービス事業所は各自、事業者名を述べて自己紹介をする ・本日の会議の目的を述べて、全員が共有できるようにしているか。 ・ケアプランの内容について説明をしたか。
③ アセスメント・ケアプランの説明	・利用者目線で専門用語・分かりづらい言葉の言い換えをしているか。 ・利用者の表情を確認しているか。 ・言葉遣いは丁寧か。 ・説明は簡潔か。 ・内容の説明を終えたら、本人・家族に内容についての確認もしくは感想を述べてもらったか。
④ 議論の目的	・各サービス事業所の役割分担、本人・家族の役割分担は明確になったか。 ・支援チームの全体像が見えたか。
⑤ 議論のリード	・時間内に結論が出たか。 ・議論がずれたり、横道に逸れた場合はしっかり論点を戻したか。 ・一人が長く発言をしないように、また、誰もが平等に発言できるようにしているか。 ・専門職ばかりが熱心に議論をして、本人・家族が置き去りにになっていないか。 ・参加者から、サービス内容が難しい、時間がないなどの否定的な意見が多く出た場合は、会議をいったん中断して、否定的な内容についての意見を確認しているか。後日、再度検討した方がよい場合もある。
⑥ 議論: サービス事業所	・ケアプランの説明・サービスの実行において各自の役割分担が理解できるか。 ・役割を実行するための注意事項はないか、その他サービスを実行するために新たなアイデアや思いはないか、 確認はできているか。 ・専門職ばかりが熱心に議論をして本人・家族が置き去りにになっていないか。
⑦ 議論: 本人・家族への配慮	・利用者本人や家族が不安・不快な気持ちになることがないように進行しているか。 ・本人の思い・家族の思い(不安・負担なども含め)を発言してもらっているか。 ・専門職ばかりが熱心に議論をして本人・家族が置き去りにになっていないか。
⑧ 議論のまとめ方	・出てきた意見について、まとめを行っているか。 ・この支援で問題が発生した場合に、誰に連絡をするかが明確になったか。 ・残された課題や解決に至らなかった課題などを参加者に説明し、了解を得ているか。
⑨ 閉会時の連絡事項	・終了時に次回の担当者会議の開催時期などを伝えたか。 ・閉会の前に参加者にお礼を述べたか。
⑩ 守秘義務の確認	・開催時・閉会時のいずれかにおいて参加者に対し、「会議等で知れた情報については、個人情報保護の観点から、会議後に他言することのないように」と告げているか。
<b>03 議事録</b>	
① 議事録	・参加者・欠席者を明示しているか。サービス事業所の参加者からは名刺をもらっておくとよい。 ・議題・検討した内容を簡潔に書いているか。 ・結論はわかりやすいか。(検討内容について、どのように支援をしていくのか、対応方法などの決定事項を具体的に記載する)

[様式 4-2: 同行訪問モニタリングツール(受講者用)]

同行訪問モニタリングツール (受講者用) (1/2)				
①実施前重点目標: 目標設定用紙(様式7)を確認して、自分の目標に関連する項目にチェックをします。 ②目標: 具体的な目標を書きます。 ③実施後評価: 演習実施後、特に達成の大きかった項目や課題を感じる項目にチェックをします。 ④評価: 評価の内容を具体的に書きます。		受講者氏名 _____ アドバイザー氏名: _____		実施日 _____
		①アドバイザーケース		
①実施前重点目標	② 目標	③実施後評価	④ 評価	/
<b>I 準備場面</b>				
① 日程の調整	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
② 事前情報の確認	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
③ 目的の明確化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>II 現場</b>				
<b>01 利用者からの聞き取り</b>				
① 生活状況の変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
② 体調の変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
③ 介護力の変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
④ 権利擁護の確認	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>02 ケアプランの実行状況</b>				
① 実行状況の把握	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
② 利用状況の把握	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
③ 利用状況の変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>03 サービスの提供</b>				
① 実施状況	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
② 満足度の把握	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
③ 苦情(不満)有無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>04 課題解決の可能性</b>				
① 短期目標の到達度	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
② 長期目標の到達度	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
③ ニーズの変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>05 ケアプラン変更の必要性</b>				
① 再アセスメントの必要性	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
② 生活環境	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
③ 介護力の変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
④ サービス内容	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>III 実施後</b>				
<b>01 モニタリング結果の連携</b>				
① サービス事業者	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
② 主治医	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
③ その他	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
④ サービス担当者会議開催の必要性	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑤ 他機関との協働	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>02 記録</b>				
① 記載内容	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>IV 振り返り</b>				
① 目的通りにできたか	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
② 自らの課題は何か	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
③ 今後のあり方	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑤学んだこと・自己評価		⑥その他メモ		⑦アドバイザーからのメッセージ 良かったところ・良かった方がいいところ
⑤学んだこと・自己評価: 目標設定用紙(様式7)の目標がどの程度達成されたか、総合的に評価してください。		⑥その他メモ: その他気づいた点や、目標とはしていなかったが新たな課題となる点を記入してください。		⑦アドバイザーメッセージ: 受講者分記入後、アドバイザーが助言や評価のメッセージを記入します。

参考資料3. 各種マニュアル  
2)受講者テキスト

[様式 4-2：同行訪問モニタリングツール（評価の視点・方法）]

同行訪問モニタリングツール（評価の視点・方法）	
<b>I 準備場面</b>	
① 日程の調整	モニタリングのタイミング(初期/継続:定期/身体状況の変化による開催/サービス事業者からの依頼/生活状況の変化等)に合わせた日程調整なのか。モニタリング日程は計画的に実施されているか(担当利用者全員のモニタリングの日程調整)
② 事前情報の確認	モニタリング訪問に必要な事前情報を収集しているか ①主治医から身体状況や通院、服薬の状態 ②サービス事業者からの利用状況と実施内容 ③ひとり暮らしの場合にはキーパーソン ④制度利用者(成年後見/日常生活自立支援事業等) ⑤インフォーマルサービス活用状況
③ 目的の明確化	モニタリングの目的を明確にしているか。適切な時期にモニタリングが実施できない場合、モニタリングはどのように実施しているのか
<b>II 現場</b>	
01 利用者からの聞き取り ←利用者からの聴取	
① 生活状況の変化	家事、食事、買い物など生活行為に変化はないか。聞き取りに利用者への配慮ができていないか。単に生活状況に応じてくれるがままに聞き取るのではなく、食量、運動量、行動範囲など前回モニタリング時との変化を聞き取れることをしているか。変化にはネガティブな面、ポジティブな面など相反するものがあることを理解できているか
② 体調の変化	主治医から入手した事前情報をもとに聞き取りができていないか。身体機能の変化に備えず精神的な変化にも着目した聞き取りができていないか。内服状況を聞き取る際に利用者からの言葉のみではなく、内服管理の状況を目で見て確認したか。それぞれ確認する際に利用者への配慮はできているか
③ 介護力の変化	同居家族・別居家族それぞれ介護にかかわる家族の状況を聞き取ることができたか。聞き方は利用者には負担をかけていないか。介護者への聞き取りから介護負担の新たな発生など変化を受け止めることができているか。虐待およびネグレクトの発生はないか状況を読み取ることができているか
④ 権利擁護の確認	権利擁護(安全性)の確認をしたか
02 ケアプランの実行状況	
① 実行状況の把握	ケアプランどおりにサービスは実行できているか。利用者はケアプランの内容を把握しているか。実行できているか否か利用者自身が理解できているか。
② 利用状況の把握	ケアプランに沿って作成された個別サービス計画どおりの内容が提供されているか。サービス提供時の様子をより具体的に聞き取れるよう例示などしながら話しやすい雰囲気を作ることができているか。
③ 利用状況の変化	理由なく利用を休む、断るなどの状況は起きていないか。予定した回数どおりの利用ができていない場合、その理由を利用者の思いにそって聞くことはできているか
03 サービスの提供 ←サービス内容	
① 実施状況	サービス事業者の都合によるサービス内容の変更や提供日時回数の変更はないか。利用者の理由により変更がどのような時にどのくらいあったのか、その理由も含めて確認をしているか。理由を尋ねる際に利用者が答えにくくなるような雰囲気になっていないか
② 満足度の把握	サービスを利用することによる利用者の満足度を聞き取ることができているか。その際、誘導するような聞き取り方ではなく利用者自身から真の満足度を聞きだせるような声掛けをしていたかどうか
③ 苦情(不満)の有無	サービスを利用することによる苦情や不満を受け止めることができているか。サービス事業者の立場、ケアマネジャーの立場を優先することなく利用者の立場に立って苦情や不満を受け止めることができているか。
04 課題解決の可能性 ←生活ニーズ	
① 短期目標の到達度	短期目標の期間に照らし合わせて現時点でどの程度達成しているのか、利用者に説明することができていたか。達成したとしたら短期目標を変えることを提案していたか。また達成できない状況が把握できた場合利用者に説明していたか
② 長期目標の到達度	短期目標の達成度に合わせて長期目標が現時点でどの程度達成しているのか利用者に説明することができていたか。達成できそうであれば目標の変更などの提案をしていたかどうか
③ ニーズの変化	短期目標・長期目標の達成度に照らし合わせ、ニーズの変化について聞き取るような質問をすることができたか。簡易的にアセスメントを実施しているかどうか
05 ケアプラン変更の必要性 ←ケアプランの変更	
① 再アセスメントの必要性	再アセスメントの必要はあるか？
② 生活環境	生活環境の変化を聞き取る中でケアプラン変更(サービス内容の変更)の必要性を説明することができたか。具体的にどのような支援が必要か提案することができているか
③ 介護力の変化	介護者の疾病、心身機能の変化を捉え、サービス内容の変更の可能性について他機関を交えて多職種で検討する必要性の判断をすることができたか、また検討の提案をすることができたか
④ サービス内容	個別サービス計画書どおりにサービス提供がおこなわれているか確認したか。実施できていない場合はその背景を利用者から聞き取る質問やサービス事業者への確認の必要性を判断することができていたか
<b>III 実施後</b>	
01 モニタリング結果の連携 ←モニタリング後の連携	
① サービス事業者	利用者から聴取したモニタリング結果からサービス事業者へ報告することを利用者に伝えていたかどうか。サービス事業者に何を報告するのか担当ケアマネとして整理ができていたかどうか。利用者からの苦情や不満など利用者の尊厳を踏まえた上で報告することができたか。利用者サービス事業者との関係性を修復する力を発揮できていたかどうか。また必要に応じて新たなサービス事業者の発掘等、利用者からの要望に応えることはできているか
② 主治医	利用者からの聞き取りにより、主治医からの注意点などが理解できていない場合、報告することができたか。内服管理や栄養状態など重要な疾病を引き起こす状況を把握した場合など報告の重要性を理解できているか。
③ その他	虐待、ネグレクトなど利用者の生活に危険が及ぶことが予測された場合、必要な機関と連携し対応することを理解できているか
④ サービス担当者会議開催の必要性	ケアプラン変更が必要とされた場合、サービス担当者会議開催の必要性があることに気が付いているか
⑤ 他機関との協働	虐待、ネグレクトなど、サービス担当者会議では解決できない課題に対して地域ケア会議につなぐなど解決に向けた行動をとることができるかどうか。ケアマネだけで課題を抱え込まないよう相談窓口をもっているかどうか
02 記録	
① 記載内容	モニタリングで得られた情報を整理して支援経過に書き留めることができるか。支援経過の記載のポイントを理解できているかどうか。内容・介護支援専門員や関係機関の判断・利用者及び家族の意向を整理し、誰が見ても理解できるようまとめられているか。
<b>IV 振り返り</b>	
① 目的通りにできたか	事前準備段階で掲げた目的通りに実施できたかどうか。目的どおりにできなかった場合、その理由が分かっているかどうか
② 自らの課題は何か	モニタリングが形骸化し、行くことだけがモニタリングだと勘違いしていないか。利用者や家族に負担をかけていないかなど自らのモニタリングのスタイルを振り返ることができたか。自らモニタリングの課題を見つけていることができたか
③ 今後のあり方	自らのモニタリングに対する客観的な評価を受け止め、モニタリングから得られる効果を理解し、アセスメント力に課題があることが理解できているか。

[様式 4-3: 振り返り用紙]

日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

○ 研修を通じて成長したことベスト3 (当日記録の「今日の気付き／学び」欄を参考に)

1
2
3

○ この研修で得たことをどう日常の業務に活用しますか？

--

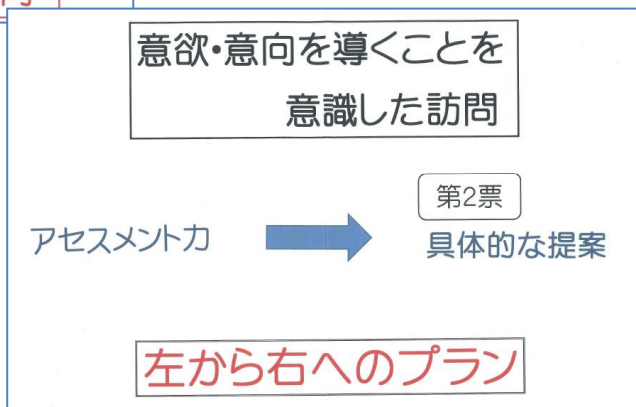
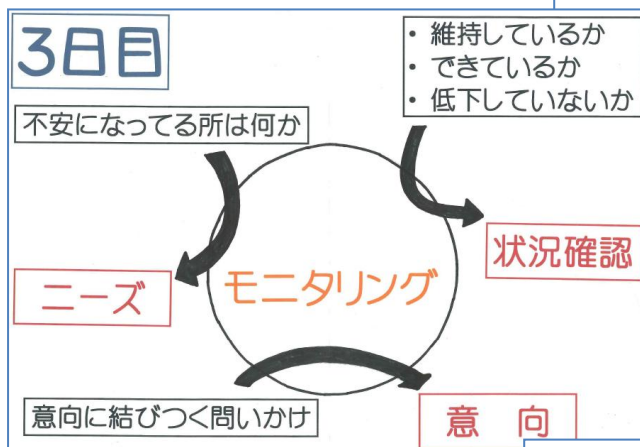
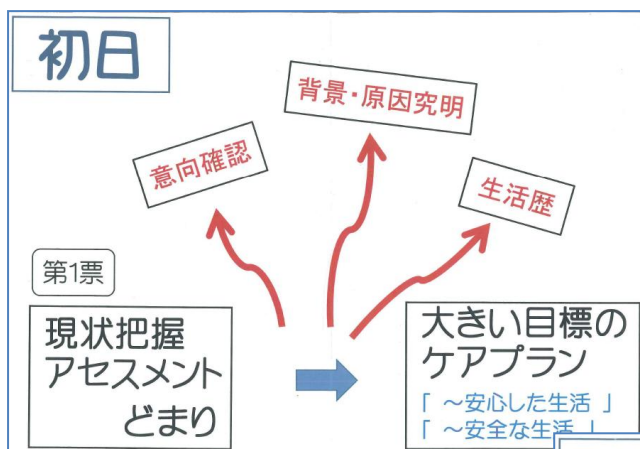
○ 今後の抱負／希望 (目標設定用紙の「あなたの長期目標」欄も参考に)

--

実地アドバイザーメッセージ

受講者へ ①良かったところ	②より良くした方がいいところ
受講者の所属事業所管理者へ ①良かったところ	②より良くした方がいいところ
	実地アドバイザー氏名 _____

参考資料:プレゼンテーション資料例



参考資料3. 各種マニュアル  
2)受講者テキスト

医療機関との連携をスムーズにする考え方

～主治医との関わりについて～

在宅介護支援の業務の中で、

利用者様、ご家族様との関わりは、やりがいもありとても楽しい。

各サービス事業所には、電話だけでなく定期的に訪問して情報の共有を図るようにしている。

日頃のモニタリング内容からもプラン変更の必要性に基づき、アセスメントにてニーズを引き出すことができるようになってきた。

しかし、ケアプラン作成時に気が重く感じるようになってしまった。

なぜか



主治医に意見を求めることに強く苦手意識が働いていた。

- ・言から聞きにくい
- ・医師の知識不足
- ・緊張してしまう
- ・うまく伝えられない

解決するには

- ・自分はケアマネで、医師でも看護師でもない。
- ・難しい用語なんて使わなくていい。素直に自分の言葉で伝えればいい。
- ・挨拶は明るくはっきりと。要件は簡潔に。相談内容は忘れないように書面に記載。  
（医療と介護の連携活版や自立支援会議の規程は参照せよ。）

さらに

- ・経過だけでなく、最新の状況を報告できると良い。
- ・報告内容に自分の見解を入らず、事実を具体的に伝える。  
（利用者様、ご家族様の意見や困っている内容等も。）
- ・病院等で直接会う場合は午前診療時間の終わりに訪問し、診察が終わるまで待つようにすると良い。


最後に

医師からも「また来たね、今度はどうしたの？」と声をかけられるケアマネでありたい。  
また、医療従事者との繋がりが大切にしてほしい。





2)受講者テキスト



この研修ってどんな研修だろう…  
別事業所のケアマネと話しができる  
いい機会かも…

他のケアマネの見学は  
機会がないので是非したい!

事例を見てもうらうにはどうしよう?  
アセスメント票は?  
計画書は?

利用者さんの前で緊張せずにできるかな  
利用者さんはどんな反応をするかな…  
先輩のアドバイスは欲しいけど……

担当者会議について(主任ケアマネの見学)

- ・担当事業所がポイントをしっかり把握しており、報告内容が明確である
- ・通所リハビリが始まることにより、活動の範囲を広げることができる。
- ・目標に近づくことができる(細へ行く)
- ・主介護者である息子への配慮が感じられる。

学んだこと 気づき

- ・通所リハビリ開始に際しての担当者会議であり、本人が意見を主張し家族の意見などの調整を行っていく。
- ・現在の状態の把握と「細に行く」ことへの具体的な目標に向かって計画していくこと
- ・具体的な目標を示すと家族と事業所との連携がスムーズに行うことができる。

担当者会議開催する

- ①これまでの経過説明と本人・事業所の評価を行う
- ②これから通所リハビリを追加することによる効果と期待を話す。

全体的な会議のアドバイス

- ①本人の想いとこれからの希望についての確認を行っている。
  - ②各事業所の現状把握と意見を関係者と聴き、情報の共有を行っている。
  - ③病気の原因を確認し、主治医の意見を事業所に伝えている。
  - ④本人の意思を主導とした雰囲気を作っている。
  - ⑤家族の希望と自費でのヘルパー利用の説明ができている。
- 上記の評価を頂く

アドバイス

各事業所から目標の聞き取りをして、一緒に作成する方法もあるのではないかな?  
目標の確認を行っていく



②

モニタリングについて

- ①認知症の状況把握は困難な場合がある  
サービス事業所との連携を図り、どのような行動がでているか確認する  
通所などは事業所に訪問しモニタリングを行う。  
自分の目で確認できることは訪問し確認する。
- ②認知症のモニタリングにノートの持参するか?
- ③言葉の地域性について  
本人の生き方により話しかけ方に工夫する  
本人との関係性や距離感などを考慮する
- ④満足度の確認だけでなく、本人の興味のある話しなど、関係性を深める話題も必要。



④

今回の研修のおまけ

- ①他事業所のケアマネとの壁があり、話し難いことがある。研修を行い考え方などを共有できたことが大変うれしい
- ②自事業所だけの意見だと考え方の偏りが感じられる時があり、他事業所の目線からアドバイスを頂けて、「これで良い」と確信した事と検討しないといけない部分の確認をする。
- ③縦の繋がりではなく、横のつながりを感じる事ができた。今後も考えの幅を広げる為にも意見交換の機会を作っていくことができれらばと思う。
- ④たくさんの言葉を頂き、批判ではなく、評価の言葉を多く頂いたので、自分の自信に繋がった。自分のやり方に自信がなくなった時期にこの研修を受けることができ気持ちの切り替えのきっかけにしたい

⑤





## 参考資料3. 各種マニュアル

### 2)受講者テキスト

#### 1. 今回の研修内容

- ・担当者会議(指導者)
- ・担当者会議(受講者)
- ・モニタリング(指導者)
- ・モニタリング(受講者)
- ・集中カンファレンス
- ・訪問診療同行
- ・訪問看護同行
- ・退院時共同指導
- ・他事業所内事例検討会

#### 3. 気づき

- ・退院前カンファレンスについては、退院後に必要なサービスを確認・調整するだけでなく、在宅復帰後少しでも不安なく生活が送れるよう設備や人員が確保された入院中に試してもらうこと(今回で言えば入浴をしてみる、在宅で使用する車イスを使用し慣れてもらう)を病院に依頼していた。自分には病院に退院前の準備をしてもらうという発想が乏しかった。
- ・利用活用できる資源や制度の知識が少ないことを実感させられた。(難病患者等居宅生活支援事業等)
- ・潜在化しているニーズの把握が必要で、それを利用者や家族にも気づいてもらい解決法や対応法を提案していけるような関わりを持つ必要がある。
- ・これは介護をする家族全ての人に言えることではあるが、より医療ニーズが高い利用者を介護する家族の負担や疲労を考え、家族にも配慮をした関わりが求められる。

#### 4. 今後の自身の課題

- ・顕在化したニーズに目がいきがちで、潜在化しているニーズを把握することに時間を要している。関連の事業所と情報や意見を交換しているうちに気づくこともあるがどうしても時間がかかる。より速くそのニーズも把握できるようにアセスメントスキルを向上させる。
- ・一般的に基幹職が福祉系であると、医療ニーズが高い利用者への支援が苦手であると言われており、実際に自身もそのように感じる部分は多少あった。今までは存在を認識していた程度の理解であった様々な制度をより理解する。

今回の研修を通して、アプローチの仕方は関わる職種により様々であり、連携を図り支援していく重要さやケアマネジャーとしての支援の内容、サービスの調整をしていく大変さを感じた。医療知識が向上したわけではないが、医療ニーズの高い利用者についての悩みや疑問を相談できる相手を見つけることができ、顔の見える関係性の第一歩を踏むことができた。初めは相談しながらはなるが、自身に支援を任せられる利用者との縁があれば、ぜひ担当できれば…思った。

参考資料3. 各種マニュアル  
2)受講者テキスト

3. 各種マニュアル  
3) アドバイザーテキスト

平成 25 年度老人保健健康増進等事業  
「介護支援専門員のスーパービジョン実践としての  
実習型研修の普及に向けての研究」

# 地域同行型実地研修 アドバイザーテキスト

Ver 2.2

2014 年 3 月

介護支援専門員のスーパービジョン実践としての  
実習型研修の普及に向けての研究委員会  
一般社団法人 日本ケアマネジメント学会

## 目次

---

---

第1章 研修の目的と全体像.....	1
1. 背景と目的 .....	1
2. アドバイザーとしての研修の目的.....	1
3. アドバイザーの心構え .....	4
4. アドバイザーの目標.....	5
5. スケジュール.....	6
6. 実施内容のフロー .....	8
7. 事前準備.....	9
(1) フェースシートの提出 .....	9
(2) 守秘義務に関する制約.....	9
(3) 同行ケースの選定、利用者の理解取得 .....	9
(4) アドバイザー事前研修の準備.....	9
第2章 アドバイザー事前研修.....	10
1. 目的と進め方.....	10
(1)目的 10	
(2)演習の進行 .....	10
2. [講義] スーパービジョンの基礎知識 .....	13
3. スーパービジョン支援ツール.....	22
(1) アセスメント確認用紙.....	22
(2) サービス担当者会議評価ツール .....	25
(3) 同行訪問モニタリングツール.....	29
4. 地域同行型実地研修に向けて .....	31
(1) 目標設定.....	31
(2) 地域同行型実施研修に向けた準備.....	31
第3章 地域同行型実地研修.....	33
1. 初日全体研修.....	33
(1) 講義 「ケアマネジメント業務の考え方と研修の進め方」 .....	33
(2) アセスメント確認演習 .....	33
(3) 受講者の研修目標設定支援.....	34
(4) 今後の研修準備と初日全体研修提出物について.....	35

3)アドバイザーテキスト

2. 個別同行実習.....	37
(1) サービス担当者会議同行演習.....	37
(2) モニタリングへの同行.....	38
3.最終日全体研修.....	40
(1) プレゼンテーションへの支援.....	40
(2) 振り返り.....	40
(参考) アドバイザーの気づきと助言内容の例.....	41
資料集.....	43
[様式 1-1 : フェースシート (アドバイザー用)]	
[様式 1-2 : 説明同意文書(アドバイザー用)]	
[様式 2 : 利用者同意書]	
[様式 3-1 : アセスメント確認用紙]	
[様式 3-2 : サービス担当者会議評価ツール (アドバイザー用)]	
[様式 3-3 : 同行訪問モニタリングツール (アドバイザー用)]	
[様式 4 : 目標設定用紙]	
[様式 5 : 振り返り用紙]	
参考資料 1 A さん事例に基づいたアセスメント確認用紙記入例	
参考資料 2 A さん事例に基づいたサービス担当者評価ツール記入例	
参考資料 3 A さん事例に基づいた同行訪問モニタリングツール記入例	
参考資料 4 A さん事例	
参考資料 5 ケアマネジメント業務の考え方と研修の進め方	

## 第1章 研修の目的と全体像

### 1. 背景と目的

日本ケアマネジメント学会では、高齢社会の到来を背景とした良質なケアマネジメントに対するニーズの高まりを受けて、平成 20 年度より厚生労働省からの研究補助を得て、スーパービジョン手法による介護支援専門員の教育方法の体系化を進めてきました。

平成 22 年度に実施した調査によると、ほとんどの事業所で何らかの人材育成の取り組みはなされているものの、少人数の事業所では人材育成基盤が弱く、十分な人材教育プログラムが実施されているとは言い難い状況であることが判明しました。

これらの状況を踏まえ、平成 23 年度は 4 地域において介護支援専門員のアドバイザーチームを組織し、事業所を超えた形で実習形式の研修を実施する、個別化された OJT に近い形態でのモデル研修プログラムを開発・試行しました。その結果、受講者のケアマネジメント技術の習得に効果があるとともに、アドバイザーのケアマネジメント技術及び教える力の習得に効果が見られました。さらに受講者にとっては、ロールモデル（目指す人材像）を獲得することができました。

本年度は、実習形式のモデル研修を全国で試行的に実施し、実現可能性や運用課題の検証をいたします。

### 2. アドバイザーとしての研修の目的

主任介護支援専門員には、自らのケアマネジャーとしての専門性（価値・知識・技術）の向上とともに、一般のケアマネジャーに対しても、その専門性の向上を支援することが求められます。（図 1）

ケアマネジメント技術は、対人援助職としての基本能力を根底に、介護保険制度等の知識面から相談面接力等のコミュニケーション面、ニーズやストレスを把握するアセスメント面などが積み重なって成り立っています。また、この技術に関する知識、そして技術を使う態度を導く価値も重要になります。

これに加えてケアマネジメント技術を教える力を身につけるためには、主任介護支援専門員自らがこれらの技量を向上させ、より広く高い視点を持つことと同時に、一般のケアマネジャーのケアマネジメントの力量を見極めながら、分かりやすく伝える力等をつける必要があります。

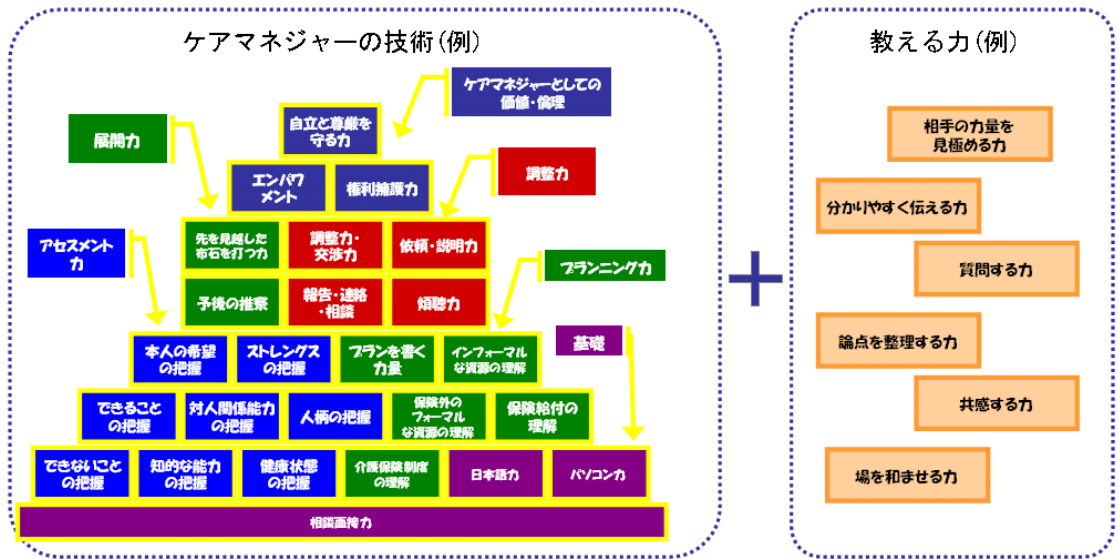


図 1 主任介護支援専門員に求められる力

これまでの研修では、スーパービジョン等の教える技術を学んでも実践機会が必ずしも豊富ではありませんでした。そこで、日本ケアマネジメント学会では介護支援専門員の技能向上を目的に、介護支援専門員を対象にした短期実習プログラムを開発、試行しています。平成23年度の試行結果からは、受講者のケアマネジメント技術の習得に効果があるとともに、アドバイザーのケアマネジメント技術及び教える力の習得に効果が見られました。

この介護支援専門員を対象にした短期実習プログラムは、アドバイザーと受講生が相互に学ぶ(4つのiの1つ「相互研さん(Inter-educational)」)ことを目指しています。アドバイザーとなる方には、受講者と共にこの研修を経験することにより、ケアマネジメント技術と教える力の向上ができることを目指しています。

<4つのi (アイ)>

① 実習形式 (Interning)

: 現行の法定カリキュラムに存在しない実習プログラムを提供することにより、実践的知識・技術を補完します。

② 事業所を超えた (Inter-organizational)

: 概して事業規模が零細であり、事業所内部の教育資源に乏しい居宅介護支援事業所に対して、本プログラムを通じて事業所間の教育交流を促し、現任介護支援専門員に対する教育効率を向上させます。

③ 個別化された (Individualized)

: プログラムの基本的な枠組みについては汎用的なものを提示しつつ、扱うケースの特性等に応じて構成することが可能です。新任者のみならず、医療等の特定領域に苦手意識を持つ経験者層の教育ニーズにも対応できます。

④ 相互研さん (Inter-educational)

: 現状として居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員の多くは、アドバイザーとしての役割を担う機会を持たないことが多く、指導することに慣れていない実態があります。そこで、当面の措置として、受講者のみならずアドバイザーに対する教育的効果もプログラムの目的の1つとします。



### 3. アドバイザーの心構え

- ・ 受講者の力量にみあった指導を行うため、力量を適切にアセスメントします。
- ・ 感情をコントロールしながら行います。
- ・ 意図的な感情表出や共感をします。
- ・ 受講者の感情を受容し、自己決定を促します。
- ・ 審判的な態度はとりません。

なお、アドバイスを実施する過程で、次のようなことが生じている場合には、一時的に中断し、研修講師やファシリテーターに相談しましょう。

- ① 受講者の話に十分な注意を払うことができなくなっている。
- ② 受講者の話や状況について、多角的な見方ができず、話を聞きながら緊張度が増してくる。
- ③ 受講者に対して、共感できず、さまざまな感情がでてきてしまう。
- ④ 受講者に対して、否定的な感情が生じてしまう。
- ⑤ 暇があると、受講者のことが気になり、いろいろと考えてしまう。
- ⑥ もっと受講者をよくしてあげなければと考え、受講者が驚くような解釈をしたり、アドバイスをしようとしてしまう。
- ⑦ 受講者に会う時間がない、事務的な仕事があるために会うことができないという理由を考え、受講者と会うことが苦痛となっている。
- ⑧ 受講者を一番良い受講者と感じたり、あるいは、一番悪い受講者と感じたりしている。

#### ※守秘義務について

- ・ 研修中、アドバイザーまたは受講者の方が担当する利用者宅に同行訪問をする場合等、当該利用者の個人情報に接する可能性があります。そこで知り得た情報について口外しないことをお約束ください。
- ・ なお、本研修は調査研究の一環として実施しており、研究成果は個人を特定できないように加工した上で、報告書として公表し、さらに学会発表や論文として公表することを予定しています。
- ・ あなたのお名前、所属先住所、電話番号等の個人情報は、郵送物の郵送等、モデル研修の開催を含む本研究の実施のために必要な範囲で使用いたしますが、それ以外の目的には使用いたしません。
- ・ 以上につきまして、アドバイザー・受講者は、別途守秘義務を含む研究参加に関する書類（[様式3：アドバイザー・受講者同意書]）をよくお読みいただき、署名の上、運営事務局に初日全体研修までに提出してください。

#### 4. アドバイザーの目標

アドバイザーは、ケアマネジメント技術と教える力を身につけることを目標とします。ケアマネジメント技術は、互いのケアマネジメントプロセスを共有することで見えてくるものであり、同時に自らのケアマネジメントへの気づきを得ることもできます。

教える力で重要な点は、受講者が実習を通じて「気づき」を得ることを支援することです。気づきには、以下の側面があります。

- ・従来の自身の考え方や対応方法にはない新しい角度や観点を獲得
- ・今までの自分自身の考えが整理される

アドバイザーは受講者とのアセスメント確認や同行を通じて、受講者のケアマネジメントにおける気づきを得られるように支援していきます。特に気をつけたいのは、アドバイザーが「自分ならばこのケースをどう支援するか」と考えることです。これは誤りであり、アドバイザーとしては、受講者がどのようにケースを捉えているか、ケースを捉える受講者の視野をどうしたら広げることができるか、視点をどうしたら深めることができるかに焦点を当てることです。

たとえば受講者が困難と感じている事例であっても、少し視点を変えるだけで異なったケースの理解やアプローチが見えてくることもあります。認知症のBPSDの対応が困難と受講者が考える事例が、実は本人や家族はそれほど困難と思っているわけではなく、本人や家族が気にしていることは別にあるなどということもあります。こうしたことは、よく本人や家族とコミュニケーションを取っていれば防げるかもしれません。

受講者一人ひとりのケアマネジメントのクセは、1事例を見るだけでも分かります。開かれた質問を上手に使ってアセスメント内容を確認することを通じ、なぜ受講者がこのような判断に至ったのか、何を問題だと考えているのかをじっくりと引き出していきます。この際、受講者のケアマネジメントの良いところ、強い部分を探すことを心がけ、その上で、伸ばすとより良くなる部分を探し、支援していきます。

##### 【本項を参照する場面】

- ①アドバイザー自身の研修目標設定(第2章第5項「アドバイザーの研修目標設定」)
- ②受講者の研修目標設定サポート  
(受講者テキスト第2章第9項2-2「研修目標設定」)

## 5. スケジュール

下表を基本とします。

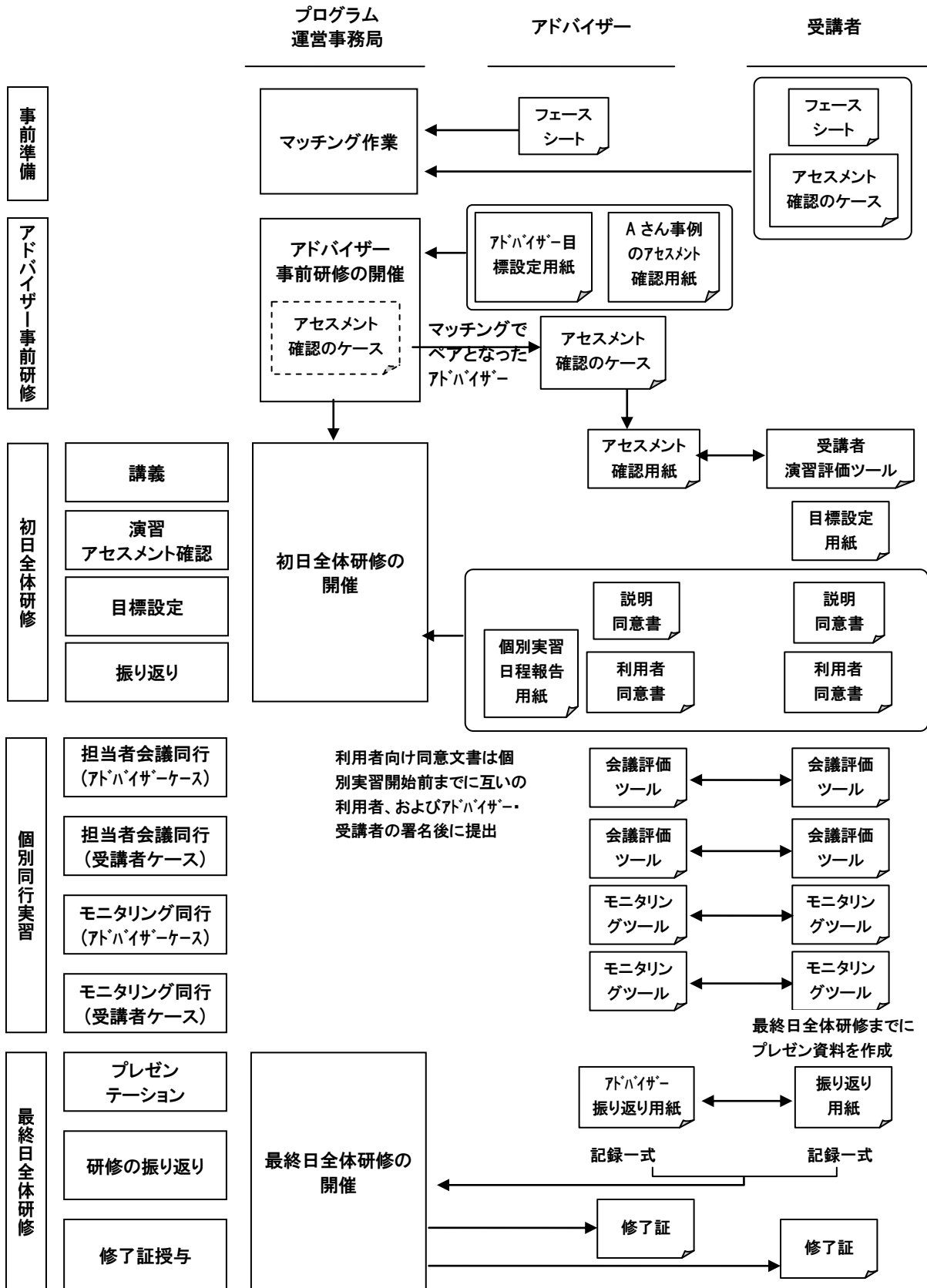
個別同行実習 1～4 はアドバイザーと受講者との協議により、個別に日程を調整することとし、午前または午後の実習を 4 日間にわたって行う形式でも、終日の実習を 2 日間で行う形式でも差し支えありません。

日程	実施内容	詳細	場所	時間
30 日前	受講案内と事例提出	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アドバイザー・受講者に研修資料を送付します。</li> <li>・アドバイザーはフェースシート・参加同意書を運営事務局に提出し、テキストの「A さん事例」を用いてアセスメント確認を行い、事前研修に備えてください。</li> <li>・受講者はフェースシート・参加同意書と困っているケース 1 事例の記録（個人情報削除済み；2 部）を運営事務局に提出してください。</li> <li>・運営事務局はフェースシートをもとに、アドバイザーと受講者のペアを作ります。</li> </ul>		
30 日前 ～開始	アドバイザー事前研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アドバイザーを対象に事前研修を開催し、アセスメント確認の方法や実習での指導法等について、認識を共有します。</li> <li>・経験と評価に基づいて県単位で選出された主任介護支援専門員が講師を務めます。</li> <li>・アドバイザーとしての研修目標を設定します。</li> <li>・アドバイザーはペアとなる受講者が提出したケースを事務局から受け取ります。</li> </ul>	研修会場	4
	研修準備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アドバイザーは、初日までに受講者提出ケースのアセスメント確認を行ってください。</li> <li>・受講者は「地域同行型実地研修 受講者テキスト」を読み、研修内容を理解してください</li> </ul>	—	—
開始	初日全体研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修趣旨説明</li> <li>・講義：ケアマネジメント業務の考え方と進め方（研修講師もしくは DVD）</li> <li>・演習：提出ケースを用いたアセスメント確認</li> </ul>	研修会場	3

参考資料3. 各種マニュアル  
3)アドバイザーテキスト

日程	実施内容	詳細	場所	時間
		<ul style="list-style-type: none"> <li>研修目標設定：受講者は「目標設定用紙」を使用してアドバイザーと相談しながら目標を設定します。</li> <li>※アドバイザーと受講者はそれぞれ同行利用者を選定し、利用者又は家族の署名した利用者同意書を、個別同行実習の前までに運営事務局に提出してください。</li> <li>※個別同行実習の前までに、アドバイザーと受講者は個別同行実習の日程を調整し、日程報告用紙（受講者テキストに添付）に記入の上、運営事務局に提出してください。</li> </ul>		
約2～3ヶ月	個別同行実習	※順不同 ※基本的には、以下の個別実習を半日×4回行います。		
		サービス担当者会議（アドバイザー担当ケース）	実習協力施設	3
		同行訪問モニタリング（アドバイザー担当ケース）	利用者宅	3
		サービス担当者会議（受講者担当ケース）	受講者所属事業所	3
		同行訪問モニタリング（受講者担当ケース・提出事例）	利用者宅	3
	最終日全体研修準備			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>最終日のプレゼンテーションに向けて、受講者は資料を作成し、アドバイザーは随時助言します。</li> </ul>	—	—
初日全体研修から2～3ヶ月後	最終日全体研修			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>プレゼンテーション：各受講者が期間中に扱った1事例を選び、研修で得た気付きや学びをまとめて発表し、質疑応答を行います。</li> <li>振り返り：各受講者の研修での体験内容・できたこと・できなかったこと・感情・今後の抱負を全体で共有します。</li> <li>修了証授与</li> </ul>	研修会場	4

6. 実施内容のフロー



## 7. 事前準備

### (1) フェースシートの提出

アドバイザーと受講者は、フェースシートを運営事務局に提出します。アドバイザーと受講者とのペアを作成する際に参考にすることが目的です。

【提出資料】 様式 1-1 フェースシート（アドバイザー用）

【提出期限】 書類受領後 1 週間以内に記入の上、事務局に返送願います

### (2) 守秘義務に関する制約

アドバイザー・受講者は、別途守秘義務を含む研究参加に関する書類（「地域同行型実地研修」説明同意書に署名の上、初回全体研修までに事務局に提出します。

【提出資料】 様式 1-2：説明同意書

【提出期限】 初日全体研修まで

### (3) 同行ケースの選定、利用者の理解取得

アドバイザー・受講者とも、モニタリング訪問時の利用者各 1 名の了解を得る必要があります。

- 「地域同行型実地研修」に関し、利用者への説明を行った後、利用者又は代筆者（ご家族）に署名をいただきます。（コピー等行い）、2 通作成の上、1 通を同行利用者に渡します。
- 利用者・アドバイザー・受講者の署名済みの同意書を事務局に提出します。

※受講者には、モニタリング訪問先の利用者選定にあたっては、可能な限り、アセスメント確認演習のために提出した事例と同一のケースを選ぶように事務局から依頼します。

【提出資料】 様式 2：利用者同意書

【提出期限】 個別実習開始までに了解を得ていただければ結構ですが、早めに検討をしておいてください。

### (4) アドバイザー事前研修の準備

本テキスト第 2 章アドバイザー事前研修 第 1 項「目的と進め方」を参照の上、アドバイザー事前研修の予習を行い、当日は記入済みの様式をご持参ください。

## 第2章 アドバイザー事前研修

### 1. 目的と進め方

#### (1) 目的

本研修では、実際に受講者に対してスーパーバイズを行う地域同行型実地研修に先立ち、スーパーバイズ場面のロールプレイを外部観察者として評価することにより、アドバイザーが自身のスーパーバイズの癖や傾向を客観的に把握することを目的としている。

さらに、自身の指導法を客観的に把握することで、本番のアセスメント確認演習や同行実地研修において、受講者が傷つくような言動を避けつつ、受講者の気付きにつながる指導ができるようになる、という狙いも兼ねている。

具体的には、架空事例に基づくアセスメント確認演習・同行訪問・サービス担当者会議の3場面で、主任介護支援専門員が介護支援専門員に対してスーパーバイズを行う様子のDVDを視聴して、DVD内の演者の指導方法について「良い指導と思われる点」と「疑問に思った指導方法」を付箋紙に書き出していく。視聴後にファシリテーターの司会により各自が自身のコメントを発表し（ホワイトボードに付箋を貼付していく）、最後に講師が総評を行うという形式となる。

また、アセスメント確認については、DVDと同じ架空事例について、アドバイザー自身も事前にツールを用いて指導方針を準備しておくことにより、DVD演者の指導法と自身の指導法をより深いレベルで比較することを可能にしている。

#### (2) 演習の進行

アドバイザー事前研修では、アセスメント確認、サービス担当者会議、同行訪問の3つの場面についての演習を行いますが、うち、アセスメント確認については事前準備が必要となります。事務局から事前に送付されるAさん事例について、以下の手順に準じて事前評価を行ったうえで研修に臨んでください。

##### 1) 準備

- i. テキスト参考資料「ケアマネジメント業務の考え方と研修の進め方」（参考資料2）を復習します。
- ii. 架空アセスメント事例「Aさん事例」（参考資料1）のアセスメントとケアプランについて、本章第3項(1)「アセスメント確認用紙」を参照しながら、アセスメント確認用紙（様式3-1）にチェックを行い、コメントを記録します。チェックとコメントを通じて、この架空事例の提出者（架空の介護支援専門員）のケアマネジメントプロセスの理解度について、全体的な把握をします。

参考資料3. 各種マニュアル  
3)アドバイザーテキスト

事務局	テキスト、Aさん事例、アセスメント確認用紙を研修参加者に送付
研修参加者	①「ケアマネジメント業務の考え方と研修の進め方」（本テキスト参考資料2）を復習する。 ②架空事例について「様式3-1 アセスメント確認用紙」に記入し、研修当日の面談における指導方針を立てる。

2) 当日の進め方

当日の演習は「1. アセスメント確認演習」、「2. サービス担当者会議演習」、「3. 同行訪問モニタリング演習」の3セットを行います。手順はいずれも以下の通りとなります。

- i. 講師から演習の目的とツールの使い方について説明を受けます。
- ii. 【演習】ロールプレイDVDの視聴と評価  
主任介護支援専門員が介護支援専門員に対して、各場面を想定したスーパーバイズを行う様子のDVDを視聴して、DVD内の演者の指導方法について「良い指導と思われる点」と「疑問に思った指導方法」を付箋紙に書き出します。
- iii. 参加者の付箋紙を講師がホワイトボードに貼りだし、意見の分類と集約を行います。
- iv. 最後に講師がDVD内のスーパービジョンを解説し、総評を行います。

進行

(約4時間)

全体説明	30分	
講義 スーパービジョンの基礎知識	30分	
演習1 アセスメント確認演習		
ツールの使用方法（復習）	5分	Aさん事例に基づいた指導ロールプレイDVDを上映。参加者は視聴しながら付箋に良いと思う点・疑問に思う点をコメント。
【演習】DVD視聴	15分	
会場発表	15分	付箋をホワイトボードに貼る
講師コメント・総評	10分	



参考資料3. 各種マニュアル  
3)アドバイザーテキスト

演習2 サービス担当者会議演習		
サービス担当者会議評価ツールの使用方法	10分	
〔演習〕DVD視聴	15分	サービス担当者会議指導ロールプレイDVDを上映。参加者は視聴しながら付箋に良いと思う点・疑問に思う点をコメント。
会場発表	15分	付箋をホワイトボードに貼る
講師コメント・総評	10分	
演習3 同行訪問演習		
同行訪問モニタリングツールの使用方法	10分	
〔演習〕DVD視聴	15分	同行訪問指導ロールプレイDVDを上映。参加者は視聴しながら付箋に良いと思う点・疑問に思う点をコメント。
会場発表	15分	付箋をホワイトボードに貼る
講師コメント・総評	10分	
地域同行型実地研修の説明	10分	事前研修との相違点など
研修目標設定	15分	
事務連絡	5分	

## 2. [講義] スーパービジョンの基礎知識

### (1) スーパービジョンの定義

スーパービジョン(Supervision)とは、スーパーバイザー (Supervisor; 指導・監督を行う人) とスーパーバイジー (Supervisee; 指導・監督を受ける人) との関係における対人援助法で、対人援助職 (医療福祉教育現場、特に相談援助職) のワーカー等がその業務の困難さを直視し、自らが考え、その解決のために取り組めるよう助けることにより、専門家としての資質の向上を目指すための教育方法である。

【表1. 広義スーパービジョンの要点<sup>3)</sup>】

①対人援助の原則を伝える	⑥問題解決を導く
②全体像を捉えて見せる	⑦役割分担を示唆する
③支援の方向を示す	⑧関連情報を伝える
④価値や意義を指摘する	⑨限界を設定する
⑤実践技術を伝える	⑩才能を発見して強化する

### (2) スーパービジョンの3つの機能

ケアマネジャーの成長プロセスにおけるスーパービジョンは、ソーシャルワークにおけるスーパービジョンと同様に3つの機能があると考えられる。

「ソーシャルワーク・スーパービジョンとは、管理、支持、教育という三機能を提供することにより実践家の社会化の過程を含む、専門職育成の過程である。」<sup>4)</sup>

#### 1) 管理的機能

スーパーバイザーは、自らの事業所の組織や、それぞれのケアマネジャーの業務レベルを把握し、担当ケアマネジャーが事業所の利用者である要介護者等の利益を図り、さらには利用者に対する責任が果たせるよう促すことにより、事業所全体としての機能を高めていくことが求められる。これは、基本的に職場内で、ケアマネジャーに対して管理的責任を担う上司 (管理者等) が担うべき機能である。

#### 2) 教育的機能

スーパーバイジーに対し専門的知識や技術、情報について指導し、教えていく機能。事業所内にとどまらず、地域のケアマネジャーに対し教えていくことも多い。ただし、スーパービジョンにおける「教育」とは、新たな知識、技術を教えることだけではなく、今まで得てきた知識、技術を業務に結びつけ、すでに業務に用いられていることを意識化する

<sup>3)</sup> 出典：野中猛 (2001) 「ケアマネジメント実践のコツ」 筒井書房

<sup>4)</sup> 出典：福山和女(2005) 「ソーシャルワークのスーパービジョン」 ミネルヴァ書房

### 3)アドバイザーテキスト

ことでより一層の効果があげられるものである。職場内と地域との両方で適用できる機能である。

#### 3) 支持的機能

スーパーバイザーの情緒的な面を支えることにより、自己の動機、感情、感動を意識的に認識すること(自己覚知)<sup>5</sup> (“気づき”)を促す機能。スーパーバイザーが支えられていることを実感し、前向きに業務を続けることで、意欲を維持、向上することを目指す。職場内と地域との両方で適用できる機能である。

#### (3) スーパービジョンの形態

スーパービジョンを実施する形態は、その形態によってそれぞれ効用と限界があるとされており、それらの形態を意図的に選定することが求められる。主として行われているものとしては、スーパーバイザーとスーパーバイザーが1対1で行う個別スーパービジョン、1人のスーパーバイザーが複数のスーパーバイザーに対して実施するグループスーパービジョン、スーパーバイザー同士が総合に仲間(ピア)としてお互いに確認を行うピアグループスーパービジョンの3つがある。

#### (4) スーパービジョン実施時の基本的態度

対人援助専門職としてスーパービジョンを実施するにあたり、スーパーバイザーに接する際の基本的態度をバイステックの原則を応用しながら以下に示す。

##### 1) 個別化

スーパーバイザーの理解度や技術力などを総合的にアセスメントし、力量に合った事例の担当やアドバイスを行うことで、能力を最大限に発揮させることができる。

##### 2) 意図的な感情表出と共感

スーパーバイザーの失敗や悩みに敏感に反応し、気持ちを理解していることを表現し、スーパーバイザーにも、感情表現を行ってもよいというような雰囲気づくりを行うことにより、信頼関係の構築が始まる。スーパーバイザーがケース支援について、利用者や家族、あるいは支援の関係者などについて感じている感情、自分自身について感じている感情を語ることは、スーパーバイザーがそのケースとしっかり向き合っていくうえで重要なものである。

##### 3) 統制された情緒的関与

スーパーバイザーが語ったこと(行った支援やそれにまつわる感情など)に対して、

---

<sup>5</sup> Bruuck M

### 3)アドバイザーテキスト

スーパーバイザーも様々なことを感じ、考えるものである。そして、そこで生起する感情や思考に引きずられると、スーパーバイザーとして適切な対応ができなくなることがある。スーパーバイザーはスーパーバイジーの態度、考え方、失敗、状況などについて、スーパーバイザー自身の感情をコントロールしながらスーパービジョンを行っていくことが求められる。叱責や警告は短期的な変化しかもたらさず、長期的にはマイナス効果となることが多い。もし、スーパーバイジーの言動や態度に苛立ちを感じるがあれば、スーパーバイザーは自分自身のその感情の揺れがどこから来るのか、自問してみる必要があるだろう。

#### 4) 受容

スーパーバイジーが誤った考え方や未成熟な見方をしているとしても、スーパーバイザーが、まずスーパーバイジーの話をよく聞き、受け入れることから、スーパービジョンが始まる。ここで重要なのは、行動を受け入れるのではなく感情を受け入れるということである。

#### 5) 自己決定

スーパーバイジーの気づきを促し、意識に変化が生じるようなスーパービジョンを行うことで、スーパーバイジーは知識や技術を学び、ケアマネジャーとしての態度を変容させていくことができる。スーパーバイジーが自ら変わっていこうとすることを支えることは、スーパーバイザーの大切な働きである。

#### 6) 非審判的態度

批判的な態度でスーパービジョンを行うのではなく、専門職としての成長を促すためのスーパービジョンを行う。初期の段階では、ポジティブな評価を行うことが求められる。またスーパーバイザーには、スーパーバイジーに対するネガティブな評価を保留し、粘り強く関わっていくことが求められる。例えば、トラブルになるような報告を受けた場合には、失敗を責めるのではなく報告してくれたことを評価するよう心がける。このように、非審判的態度を用いた関わりによって、スーパーバイジーとの援助関係を強化し、本来スーパービジョンの中で話し合うべき事柄（スーパーバイジーの成長に関わる課題）を話し合いの俎上に乗せていくことができるのである。

#### 7) 秘密保持

スーパーバイジーとの率直な話し合いは秘密が守られることを通じてなされる。スーパーバイザーはスーパービジョンにおける話し合いがスーパービジョン関係の外に出ることがないことを伝え、スーパーバイジーとの間に信頼感を醸成する。

#### (5) スーパービジョンにおける留意点

スーパーバイザーは、スーパービジョンの過程で、次のようなことが生じている場合には、他のスーパーバイザーに交代するか、一時的に、スーパービジョンを中止することが望ましい。

- ⑨ スーパーバイザーの話に十分な注意を払うことができなくなっている。
- ⑩ スーパーバイザーの話や状況について、多角的な見方ができず、話を聞きながら緊張度が増してくる。
- ⑪ スーパーバイザーに対して、共感できず、さまざまな感情がでてきてしまう。
- ⑫ スーパーバイザーに対して、否定的な感情が生じてしまう。
- ⑬ 暇があると、スーパーバイザーのことが気になり、いろいろと考えてしまう。
- ⑭ もっとスーパーバイザーをよくしてあげなければと考え、スーパーバイザーが驚くような解釈をしたり、アドバイスを行う。
- ⑮ スーパーバイザーに会う時間がない、事務的な仕事があるために会うことができないという理由を考え、スーパーバイザーと会うことが苦痛となっている。
- ⑯ スーパーバイザーを一番良いスーパーバイザーと感じたり、あるいは、一番悪いスーパーバイザーと感じたりしている。

#### (6) スーパービジョンを通じた“気づき”

##### 1) 思考の枠組みを広げる“気づき”

スーパーバイザーが「気づき」を得ることは、スーパービジョンのゴールとも言える。従来の自分自身の見方や考え方、対応方法にはない角度・観点からケースを考えることができるという「気づき」を得ることによって、ケース理解が深まり、利用者との関わり方やプランニングに新しいアイデアを得ることができる。気づきが思考の枠組みを広げることになるのである。

##### 2) 自分自身の考えを整理する“気づき”

逆に新しい角度や視点ではなく、むしろ今までの自分自身の考えが整理されることもある。このためには、行き詰まったり、不安を感じたりするケースについて、率直に振り返り、アセスメントやプランニングを点検する機会が不可欠になる。しかし、ケアマネジャーが単独で行うことは難しく、スーパーバイザーやグループスーパービジョンのメンバーの力を借りることが必要になる。

##### 3) “気づき”は比較することから生まれる

気づきが生まれるきっかけは、ケアマネジャーが「比較すること」にあることが多い。例えば現在見ているケースと他のケースを比べること、自分の考えと他者の考えとの比較、

自分の判断と理論やアプローチ、既知の知見との比較、また今の自分と以前の自分との比較をすることから気づきを得ることもある。自分の価値観やアセスメント力だけでケースを理解しようとしても限界があるとき、グループスーパービジョンに参加する他のメンバーやスーパーバイザーの言葉に触発されて、気づきを得ることがある。こうした気づきはケアマネジャーの利用者支援を助けるものであり、スーパーバイザーはスーパーバイザーが有用な気づきを得られるように支援していく。

## (7) スーパービジョンに求められるケース理解の視点

### 1) ケースは個人と環境の相互作用

スーパービジョンでケース理解を促す際に重視したいのが、ケースは「個人と環境の相互作用」であるという点である。

利用者の生活とは、利用者個人の心身の力と、人間関係をとる力と、利用者を取り巻く人的環境（家族の介護力、介護サービスの力量等）、物的環境（住環境、都市構造、自然環境等）、制度的環境などの社会環境の力の関わり合いの結果である。そしてその関わり合いがうまくいかないとき、問題（生活ストレス）が発生する。ケアマネジャーは利用者その人の強さと、利用者を取り巻く環境の強さを見出し、それらを活用していく。ケアマネジャーは利用者の力が高められるように個人に働きかけたり、さまざまな社会資源を動員することで環境の力を高めたり、また両者間の調整を図ることで、問題状況の改善を促す。

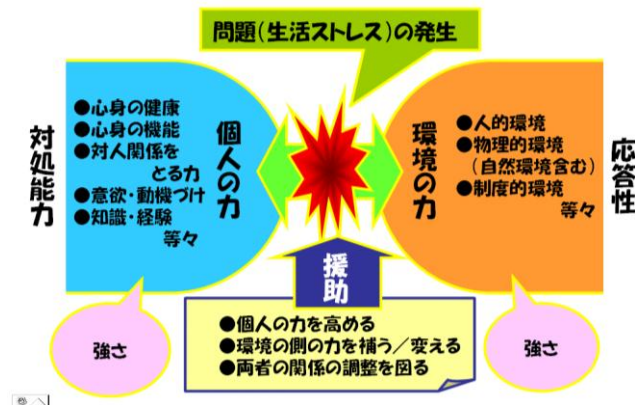
アセスメントにおいては、ケースの状況全体を見ることが重要である。利用者の直面している問題状況がなぜ起こっているかを理解しようとするとき、原因を個人側か環境側かのいずれか一方にあるという考え方は有用ではない。個人と環境の双方を視野に入れ、双方の関係性を見ようとするのが大切である。こうした個人と環境の双方を視野に入れてケースを理解しようとする考え方は、ソーシャルワークにおけるライフモデル(Life Model)<sup>6</sup>や、国際生活機能分類(ICF; International Classification of Functioning, Disability and Health)<sup>7</sup>に表れている。そして、利用者のできないこと(弱さ)だけでなく、できること(強さ、ストレングス)にも着目していこうとするのも、こうした考え方の特徴である。

---

<sup>6</sup> Carel B.Germain & Alex Gitterman 著、田中禮（偏は「礼」）子・小寺全世・橋本由紀子 監訳『ソーシャルワーク実践と生活モデル—上—』『リ—下—』ふくろう出版、2008年

<sup>7</sup> 障害者福祉研究会編『ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改訂版』中央法規、2002年

【図3-2. 個人と環境の相互作用による見方】



ケースの状況を個人と環境の交互作用の結果と捉えることで、さまざまなアプローチが見えてくるという実践面の有用性がある。たとえば、認知症の利用者の支援を考えると、認知症という個人の内面にある病理性を除去することはできなくても、その人の環境面を変化させることができれば、その人の直面している生活問題を軽減することができるかもしれない。環境面を変化させる具体的な方法には、例えば以下のようなことが考えられる。

- ・利用者を取り巻く周囲の人たちの認知症への理解を促進する
- ・本人の持っている力（強さ、ストレングス）を引き出すようなケアを提供する
- ・周囲の人に対する、認知症という病気やそのために起こる行動を理解するための知識を提供する
- ・周囲の人が感じているストレス、負担感を軽減するための、共感的、受容的な働きかけを行う
- ・主介護者に対する一時的な休息の機会を提供する
- ・フォーマル、インフォーマルな資源を活用し、介護力の強化を図る
- ・利用者に身体機能面の制限が出てきている場合、住宅改修等による物理的な環境の変容を図る

これらは一例であるが、スーパービジョンを通してケアマネジャーがケースの見方や問題状況のとらえ方を変容させることができれば、それに導かれて従来とは異なるアプローチで支援を行うことができる。

さらに、ケアマネジャーは自分自身も利用者を取り巻く環境（人的環境）の一つであることに気づくことで、問題状況の打開策が見えてくることがある。しかし、ことは、案外忘れられがちである。ケアマネジャー自身の利用者の捉え方、利用者に対する働き

かけ方が現在のケースの状況をつくっている大きな要因となっていることも少なくない。スーパービジョンの機会を得、スーパーバイザーからの問いかけられることで、スーパーバイザーは自分自身がケースの状況に与えている影響を振り返ることができるのである。こうしてスーパーバイザーが自身の「こだわり」に気づくと、それを解消することもできる。スーパービジョンは、ケアマネジャーである自分自身が利用者とその置かれている状況をどのように捉え、その認識の元に利用者にもどのように関わっていたのかを振り返る機会であり、そこで得られた気づきからスーパーバイザー自身のもっている利用者像や援助関係のあり方を変えることができるようになる。

## 2) 利用者は時間の流れの中にある存在

また、利用者像を理解する際の重要な視点に、利用者の生活歴からの理解がある。しかしながら、スーパーバイザーはともすれば現在の困り事である「〇〇〇ができない」という部分に目を奪われがちである。その結果、利用者の言動や行動の背景にある生活感・価値観の影響を見落とし、利用者の言動や行動を「理解しがたいもの」と捉えていることもある。

人の行動は、その人の心身機能や活動といった能力に関することに影響されるだけではない。どちらかといえば、その人がどのように考える人か、何をよきこと、悪しきことと考える人か、どのように物事を感じる人かといったことに起因するところが大きい。そして、こうした生活感、価値観は、その人の生活歴の中から形成されてくる。

このことを考慮すると、アセスメントにおいて利用者の生活歴に関する情報を収集することが重要であることがわかる。支援対象が高齢者であるため、利用者の幼少期からの情報がとりにくいこともある。しかし、利用者の誕生から幼少期、学童期、思春期、青年期（結婚・出産）、成人期（子育て・仕事）、壮年期、高齢期の各段階で、また要介護状態になる前の生活で、そして要介護状態になった後の生活において、利用者はどんな体験をしてきた人か（客観的事実）、そしてそのことからどういった考え方をし、どういった感じ方をする人なのか（主観的事実）を把握することケースの理解を深めることに役立つ。こうした理解の先に「なるほど、そういうわけでこんな言動（行動）をしていたのか」とスーパーバイザーが利用者を見ることができるようになれば、新たな利用者像からケースの状況全体を考えられるようになる。それは、今までとは異なるアプローチを導くと考えられる。

## 3) スーパーバイザーが陥りやすい視点

スーパーバイザーが陥りやすい視点に、「自分がこのケースをみてどう援助するか」というものがある。スーパーバイザー役割に慣れないうちは、スーパーバイザー自身がケースの理解に入り込みすぎてしまい、スーパーバイザーのことを置き去りにしてしまうのである。しかし、この視点は誤りであり、これではスーパーバイザーを支援することはできな



い。

スーパーバイザーは、①ケアマネジャー（スーパーバイザー）が現状をどのようにみているかの理解と、②どうしたらスーパーバイザーの視点を状況全体を理解する方向に向けることができるかを考える。スーパーバイザーが利用者の心身の健康状態、身体構造や心身機能、活動、参加をどのように捉えているかを知らうとし、またスーパーバイザーが捉えている利用者像と、そのとらえ方がケアマネジメントにどういった影響を与えているかを考えるのである。そして、そうしたことをスーパーバイザーが気づけるように促していくことが求められる。

#### 4) ケース理解を深める「質問する力」

スーパーバイザーがスーパービジョンを経て気づきを得るためには、スーパーバイザーは自らの価値観を押し付けたり、スーパーバイザーを責めたりしてはならない。適切に質問をすることで、スーパーバイザーが自ら考え、気づくことが重要である。人は自分一人の力では自身の発想の枠から外に出ることが難しいものである。また、人は他者に問われて初めて考えたり、改めて考え直したりするものである。こう考えると、そのためスーパーバイザーは質問する力を磨くことが求められる。スーパーバイザーがケースの理解を深め、弱さだけでなく強さにも目を向けて、ケースの状況に与える自分自身の影響に目を向けることができるように、スーパーバイザーは適切に「質問」することが求められる。これは個別スーパービジョン、グループスーパービジョンのいずれにも必要な力である。

質問の仕方には、閉じられた質問と開かれた質問がある。

閉じられた質問とは、「〇〇〇ですか？」という問いかけであり、返答は「はい」「いいえ」のいずれかでしか答えられない。これは、質問する側が想定している事実を確かめるために用いられる質問である。一方、開かれた質問とは、「〇〇〇については、いかがですか？」というような問いかけ方をするものであり、返答は問われたスーパーバイザーが頭を巡らせ、思い出し、考えを整理して言葉にしなければならない質問である。こうして問われたことで、スーパーバイザーはケース理解を深めていくのである。

また、この「〇〇〇について」のところにスーパーバイザーが考えを巡らせてほしい部分を示すことで、スーパーバイザーはスーパーバイザーの考察を導くことができる。

例えば、「この利用者の家族関係については、いかがでしょうか？」と尋ねることで、スーパーバイザーに「ケースの状況と利用者の家族関係が関係しているかも知れない、どのように関係しているのだろうか？」と考えることを促すことができる。

スーパーバイザーがスーパーバイザーに質問をする場合、スーパーバイザーは自身の頭の中でスーパーバイザーに「何を気づいてもらいたいのか」を明確化した上で、具体的にどのように質問技法を用いるかを考慮しなければならない。そして、質問はなるべく事実

参考資料3. 各種マニュアル

**3)アドバイザーテキスト**

を確認したり事実の意味を掘り下げるように用い、スーパーバイザーの頭の中にある結論を押し付けないよう注意することが大切である。

### 3. スーパービジョン支援ツール

アセスメント確認、サービス担当者会議、利用者宅への同行訪問の場面においてアドバイザーが受講者に対して行うスーパーバイズを支援するツールとして、モニタリングツールアセスメント確認用紙、サービス担当者会議評価ツール、同行訪問モニタリングツールを作成しました。以下、それぞれ説明していきます。

#### (1) アセスメント確認用紙

[様式 3-1 アセスメント確認用紙]

##### 1) アセスメント確認用紙とは

「アセスメント確認用紙」とは、受講者のケアマネジメントプロセスへの理解度やアセスメント力をアドバイザーと受講者がともに確認するためのツールです。

i. ケアマネジメントプロセスへの理解度とは、以下の各ステップで検討すべきことを理解しているかどうかです。

- ・利用者に関する適切な情報収集、課題分析、ニーズ抽出
- ・ニーズに対する目標設定、サービス選択
- ・担当者会議等による調整、モニタリング～再アセスメント

ii. アセスメント力とは、利用者に関する適切な情報集から得られた現状の問題点やその要因を踏まえて、課題を分析しているかどうかです。しばしば問題となる程度や現状を認識しながらニーズとして捉えられていなかったり、目に見える問題だけに対応し、その原因を解決していないことがあるためです。

iii. この確認表は、評価や監査の為に用いるものではなく、あくまでも受講者のケアマネジメント力を引き上げるためのものです。

##### 2) アセスメント確認用紙チェックの例（Aさん事例を使って）

<例1：①利用者の状況把握（✓）×②課題の抽出（✓）の場合：「05 ADL①移動」>

- アセスメント用紙の「 」の欄に、認知症症状について意思の伝達等の各項目や家族等からの情報が記載されているため、「①利用者の状況把握」の欄にチェック（✓）をしています。
- ケアプラン第2表には転倒せずに生活するための住宅改修にかかるサービス計画が記載されているため、「②課題の抽出」の欄にチェック（✓）をしています。
- アセスメント用紙の「6-⑥介護に関する医師の意見」の欄において、通所リハビリテーションの必要性が指摘されているが、サービス計画には反映されていないため、メモ欄に注記があります。

### アセスメント用紙



### ケアプラン



### アセスメント確認用紙

05 A.D.L	利用者の状況把握	課題の抽出	メモ
① 移動	✓	✓	下肢機能の低下について、主治医意見書からの読み取り方は？

<例2：①利用者の状況把握(✓)×②課題の抽出( )の場合：項目「04 認知症」>

- アセスメント用紙の「6-③認知機能、6-④精神・行動障害」の欄に、認知症症状について意思の伝達等の各項目や家族等からの情報が記載されているため、「①利用者の状況把握」の欄にチェック(✓)をしています。
- ケアプラン第2表の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」には認知症に関わる内容が記載されていないため、空欄にしています。

#### アセスメント用紙

6-③認知機能

6-④精神・行動障害

記載あり

#### ケアプラン

居宅サービス計画書(2)

記載なし?

#### アセスメント確認用紙

04 認知症	① 利用者の状況把握	② 課題の抽出	③ メモ
認知症状 ① 徘徊、暴言等のBPSD(行動)	✓		認知症様から日常生活に起きていると思われる課題が確認できない。支援経路からはAさんとの会話が少ないように思われる。

<例3：①利用者の状況把握（ ）×②課題の抽出（ ）の場合：項目「09 特別な状況①虐待」>

- ▶ アセスメントにもケアプランにも虐待やターミナルケアについての記載はないが、本例のアドバイザーは、介護放棄の可能性について確認する必要性を指摘している。

### アセスメント用紙

P7「援助の希望(家族)の抜粋

P10「全体のまとめ」から抜粋

7 全体のまとめ

(下-ロア-文向紙)

① 夫-介護費用負担、2人の子から、夫-介護に負担は重く、  
下-ロア-文向紙にて、  
② 夫-介護に2ヶ月、介護費で1万円、夫-介護に2ヶ月、  
夫-介護に2ヶ月、月々、1万円、夫-介護に2ヶ月、  
夫-介護に2ヶ月、

夫 介護に2ヶ月、1万円、夫-介護に2ヶ月、  
夫-介護に2ヶ月、1万円、夫-介護に2ヶ月、  
夫-介護に2ヶ月、1万円、夫-介護に2ヶ月、

### アセスメント確認用紙

09 特別な状況	1 利用者の状況把握	2 課題の抽出	②×①
① 虐待			夫の介護疲れにともない、介護放棄などに繋がっていないのか確認が必要。

※ 詳細記入例は巻末参考事例1「Aさん事例に基づいたアセスメント確認用紙記入例」を参照ください。

(2) サービス担当者会議評価ツール

[様式 3-2 サービス担当者会議評価ツール]

1) サービス担当者会議評価ツールとは

「サービス担当者会議評価ツール」とは、サービス担当者会議における準備、運営、議事報告までの各場面についての事前目標と事後評価を、アドバイザーと受講者がともに確認するためのツールです。

アドバイザーは、アセスメント確認を通じて受講者の力量やサービスのクセをある程度把握しています。また、受講者のケースについては、アセスメント確認演習の対象事例がサービス担当者会議の対象事例に選ばれる可能性があり、この場合は、受講者の提出したアセスメントとケアプランから、アドバイザーもケースの特性を事前に把握できます。

これらの事前情報を踏まえ、会議の実施前に、各場面における受講者のサービスについて、特にどのような点を重点的に見ていきたいかチェックしてください。また、受講者に対して具体的にどのような助言・指導を行うかも簡単にメモした上で、会議に臨んでください。

会議後は、受講者の準備・運営・報告について特に達成が大きかった項目や、課題を感じる項目についてチェックし、具体的な内容をメモしてください。受講者に対する実際の助言・指導については、振り返りの際に口頭で受講者本人に伝えるとともに、受講者用のサービス担当者会議評価ツールにメッセージとして記入してください。

i. 場面設定とチェック項目 (様式 3-2 サービス担当者会議評価ツールより抜粋)

場面	大項目	小項目
準備場面	開催のタイミング	会議の目的と開催のタイミングによって、必要な準備事項が変わってくることに留意して、以下の項目を確認する。
	開催の周知	・周知の方法は適切か(電話・ファックス・メール・面談・その他)。 ・場所・時間・テーマなど必要事項を周知しているか。
	参加者の選択	・テーマによって必要なメンバーを中心に参加者を募っているか。 (本人・家族・介護サービス事業者・地域包括支援センター・地域の方、その他)
	主治医への参加案内	・主治医に参加案内をしているか。 ・参加困難なことが多いため、不参加の場合は、事前に面談もしくは文書による聴取を行っておくか、 ・看護師・MSWに代理出席していただく手配をしているか。
	資料配布	・当日の議題(開催目的)に応じた資料を事前に送付しているか。 各担当者が必要な情報を持ち寄るための意識づくりに必要。 (例: ケアプラン1~3表、利用者の状態像が分かる資料など)
	本人・家族への配慮	・掃除や茶菓の用意などは不要であることを事前に伝えているか。

参考資料3. 各種マニュアル  
3)アドバイザーテキスト

	欠席者の把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事前に欠席者との情報交換をしておき、会議の場で欠席者の意見を伝える準備ができているか。</li> </ul>
	当日準備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人数分の資料の準備はできているか。</li> <li>・座席位置の設定をしているか（利用者家族とケアマネは近くに座り、それぞれの表情が見える場所を確保する。できれば利用者及び家族の隣に座ることが望ましい）</li> <li>・到着時間は守れたか</li> </ul>
開催場面	時間の統制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・開始・終了時間は守れたか。</li> <li>・開始時におおむねの終了時間を目安を述べたか。</li> <li>・時間についての協力を参加者に依頼しているか。</li> <li>・参加者の発言時間をコントロールできているか。</li> <li>・時間内に議論が終わらない場合は、他の参加者に、延長するか意見を聞いているか。</li> </ul>
	開会時	<ul style="list-style-type: none"> <li>・開催の挨拶をしたか。</li> <li>・参加者の紹介をしたか。 1. 本人・家族を紹介する 2. サービス事業所は各自、事業者名を述べて自己紹介をする</li> <li>・本日の会議の目的を述べて、全員が共有できるようにしているか。</li> <li>・ケアプランの内容について説明をしたか。</li> </ul>
	アセスメント・ケアプランの説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者目線で専門用語・分かりづらい言葉の言い換えをしているか。</li> <li>・利用者の表情を確認しているか。</li> <li>・言葉遣いは丁寧か。</li> <li>・説明は簡潔か。</li> <li>・内容の説明を終えたら、本人・家族に内容についての確認もしくは感想を述べてもらったか。</li> </ul>
	議論の目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各サービス事業所の役割分担、本人・家族の役割分担は明確になったか。</li> <li>・支援チームの全体像が見えたか。</li> </ul>
	議論のリード	<ul style="list-style-type: none"> <li>・時間内に結論が出たか。</li> <li>・議論がずれたり、横道に逸れた場合はしっかり論点を戻したか。</li> <li>・一人が長く発言をしないように、また、誰もが平等に発言できるようにしているか。</li> <li>・専門職ばかりが熱心に議論をして、本人・家族が置き去りにされていないか。</li> <li>・参加者から、サービス内容が難しい、時間がないなどの否定的な意見が多く出た場合は、会議をいったん中断して、否定的な内容についての意見を確認しているか。後日、再度検討した方がよい場合もある。</li> </ul>
	議論：サービス事業所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアプランの説明・サービスの実行において各自の役割分担が理解できるか。</li> <li>・役割を実行するための注意事項はないか、その他サービスを実行するために新たなアイデアや思いはないか、確認はできているか。</li> <li>・専門職ばかりが熱心に議論をして本人・家族が置き去りにされていないか。</li> </ul>

参考資料3. 各種マニュアル  
3)アドバイザーテキスト

議論：本人・ 家族への配慮	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者本人や家族が不安・不快な気持ちになることがないように進行しているか。</li> <li>・本人の思い・家族の思い（不安・負担なども含め）を発言してもらっているか。</li> <li>・専門職ばかりが熱心に議論をして本人・家族が置き去りになっていないか。</li> </ul>
議論の まとめ方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・出てきた意見について、まとめを行っているか。</li> <li>・この支援で問題が発生した場合に、誰に連絡をするかが明確になったか。</li> <li>・残された課題や解決に至らなかった課題などを参加者に説明し、了解を得ているか。</li> </ul>
閉会時の 連絡事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・終了時に次回の担当者会議の開催時期などを伝えたか。</li> <li>・閉会の前に参加者にお礼を述べたか。</li> </ul>
守秘義務の 確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・開催時・閉会時のいずれかにおいて参加者に対し、「会議等で知りえた情報については、個人情報保護する観点から、会議後に他言することのないように」と告げているか。</li> </ul>
時間の統制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・開始・終了時間は守れたか。</li> <li>・開始時におおむねの終了時間を目安を述べたか。</li> <li>・時間についての協力を参加者に依頼しているか。</li> <li>・参加者の発言時間をコントロールできているか。</li> <li>・時間内に議論が終わらない場合は、他の参加者に、延長するか意見を聞いているか。</li> </ul>
議事録	<ul style="list-style-type: none"> <li>・参加者・欠席者を明示しているか。サービス事業所の参加者からは名刺をもらっておくとよい。</li> <li>・議題・検討した内容を簡潔に書いているか。</li> <li>・結論はわかりやすいか。（検討内容について、どのように支援をしていくのか、対応方法などの決定事項を具体的に記載する）</li> </ul>

ii. このツールには、項目チェックの際の指標として、「評価の視点・方法」を添付しています。事前の目標設定および事後評価の際に参照してください。

iii. このツールは、評価や監査の為に用いるものではなく、あくまでも受講者の気付きを促すためのものです。



2) サービス担当者会議評価の例

※ 詳細記入例は巻末参考事例2「Aさん事例に基づいたサービス担当者会議評価ツール記入例」を参照ください。

①目標設定



II 開催場面		
① 時間の統制	<input type="checkbox"/>	
② 開会時	<input type="checkbox"/>	
③ アセスメント・ケアプランの説明	<input checked="" type="checkbox"/>	本人や家族に分かりやすく、順を追って説明できるか。
④ 議論の目的	<input type="checkbox"/>	
⑤ 議論のリード	<input checked="" type="checkbox"/>	参加者全員から均等に意見を出してもらうことができるか。
⑥ 議論:サービス事業所	<input type="checkbox"/>	
⑦ 議論:本人・家族への配慮	<input checked="" type="checkbox"/>	本人の意思確認を忘れないか。
⑧ 議論のまとめ	<input type="checkbox"/>	

②事後評価



II 開催場面		
① 時間の統制	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 時間の統制を始め、運営の手続き面についてはポイントを押さえていた。
② 開会時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ アセスメント・ケアプランの説明	<input checked="" type="checkbox"/> 本人を追って	<input checked="" type="checkbox"/> ケアプランの原案をしっかりと準備し、アセスメントの説明も明確に行っていた
④ 議論の目的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 議論のリード	<input checked="" type="checkbox"/> 参加者からも	<input checked="" type="checkbox"/> 一人で発言する場面が多かった
⑥ 議論:サービス事業所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ 議論:本人・家族への配慮	<input checked="" type="checkbox"/> 本人も、	<input checked="" type="checkbox"/> 家族だけでなく、本人の表情確認と、本人の意向確認を忘れないように。
⑧ 議論のまとめ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(3) 同行訪問モニタリングツール

[様式 3-3 同行訪問モニタリングツール]

1) 同行訪問モニタリングツールとは

「同行訪問モニタリングツール」とは、同行訪問における準備、現場の業務、実施後業務、そして振り返りまでの各場面についての事前目標と事後評価を、アドバイザーと受講者がともに確認するためのツールです。

アドバイザーは、初日の全体研修を通じて受講者の力量やサービスのクセを把握しています。また、受講者のケースについては、アセスメント確認演習の対象となる事例が同行訪問先に選ばれる可能性が高いため、この場合は、受講者の提出したアセスメントとケアプランから、アドバイザーもケースの特性を事前に把握できます。

これらの事前情報を踏まえ、同行訪問の実施前に、各場面における受講者のサービスについて、特にどのような点を重点的に見ていきたいかチェックしてください。また、受講者に対して具体的にどのような助言・指導を行うかも簡単にメモした上で、同行訪問に臨んでください。

同行訪問終了後は、受講者のサービスについて特に達成が大きかった項目や、課題を感じる項目についてチェックし、具体的な内容をメモしてください。受講者に対する実際の助言・指導については、振り返りの際に口頭で受講者本人に伝えるとともに、受講者用の同行訪問チェック表にメッセージとして記入してください。

i. 場面設定とチェック項目 (様式 3-3 同行訪問モニタリングツールより抜粋)

場面	大項目	小項目
準備場面		①日程の調整、②事前情報の確認、 ③目的の明確化
現場	利用者からの聞き取り	①生活状況の変化、②体調の変化、 ③介護力の変化、④権利擁護の確認
	ケアプランの実行状況	①実行状況の把握、②利用状況の把握、 ③利用状況の変化
	サービスの提供	①実施状況、②満足度の把握、 ③苦情（不満）有無
	課題解決の可能性	①短期目標の到達度、②長期目標の到達度、 ③ニーズの変化
	ケアプラン変更の必要性	①再アセスメントの必要性、②生活環境、 ③介護力の変化、④サービス内容
実施後	モニタリング結果の連携	①サービス事業者、②主治医、③その他、 ④サービス担当者会議開催の必要性、 ⑤他機関との協働

	記録	①記載内容
振り返り		①目的通りにできたか、②自らの課題は何か ③今後のあり方

- ii. このツールには、項目チェックの際の指標として、「評価の視点・方法」を添付しています。事前の目標設定および事後評価の際に参照してください。
- iii. このツールは、評価や監査の為に用いるものではなく、あくまでも受講者の気づきを促すためのものです。

## 2) 同行訪問モニタリングツールチェックの例

※ 詳細記入例は巻末参考事例3「Aさん事例に基づいた同行訪問モニタリングツール記入例」を参照ください。

### ①目標設定

④ サービス内容	<input checked="" type="checkbox"/>	サービス事業者と利用者、家族との認識に乖離はないか
<b>III 実施後</b>		
01 モニタリング結果の連携		
① サービス事業者	<input type="checkbox"/>	
② 主治医	<input type="checkbox"/>	
③ サービス担当者会議開催の必要性	<input checked="" type="checkbox"/>	定期的に開催すればよいと捉えていないか、必要に応じて開催する視点をもっているか
④ 他機関との協働	<input type="checkbox"/>	
⑤ その他	<input checked="" type="checkbox"/>	聞き取りの傾向として利用者本人の言葉だけに偏っていないか
02 記録		

### ②事後評価

担当者会議同席後の評価

<b>II 開催場面</b>			
① 時間の統制	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	時間の統制を始め、運営の手続き面についてはポイントを押さえていた。
② 開会時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③ アセスメント・ケアプランの説明	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ケアプランの原案をしっかりと準備し、アセスメントの説明も明確に行っていた
④ 議論の目的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑤ 議論のリード	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	一人で発言する場面が多かった
⑥ 議論・サービス事業所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑦ 議論・本人・家族への配慮	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	家族だけでなく、本人の表情確認と、本人の意向確認を忘れないように。
⑧ 議論のまとめ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

#### 4. 地域同行型実地研修に向けて

演習終了後に、約1ヶ月後に開始する地域同行型実地研修に向けて、事前研修を通じて見えてきた自身の課題や長所を意識しながら、目標を設定します。

##### (1) 目標設定

【参照】第1章第4項「アドバイザーの目標」

##### 【目的】

アドバイザー自身が、受講者との地域同行型実地研修を通じて、ケアマネジメント技術向上及び教える力の観点からの達成目標、および3～5年後の到達目標を設定します。

なお、地域同行型実地研修の初日全体研修では、アドバイザーは、受講者との個別面談により、受講者の研修期間中の達成目標、および3～5年度の到達目標設定をサポートします。

##### 【進め方】

- ① 地域同行型実地研修の目的を確認します。
  - この研修で学びたいことは何か？
- ② アドバイザーの目標を設定します。
  - 研修期間中の達成目標を設定します。
  - 3～5年後の到達目標を設定します。

【作成資料】 様式4 目標設定用紙

※ 目標設定用紙は、研修最終日までアドバイザー自身で管理します。

##### (2) 地域同行型実施研修に向けた準備

###### 1) 同行訪問ケースの選定と利用者の理解（提出確認）

第1章で研修の事前準備として挙げた、同行訪問ケースの選定と利用者からの同意書等の取得がまだ済んでいない場合は、検討を開始してください。

##### 【参照先】

本テキスト第1章第8項「事前準備」(3)「同行ケースの選定、利用者の理解取得」

2) 受講者提出事例のアセスメント確認

**【方法】**

事前研修の当日、アドバイザーは、運営事務局から、地域同行型実地研修においてペアとなる受講者が提出した事例を受け取ります。

初日全体研修までに、当該事例のアセスメントとケアプランについて、本テキスト第2章第3項(1)「アセスメント確認用紙」を参照してチェックを行い、コメントを記録します。チェックとコメントを通じて、受講者のケアマネジメントプロセスの理解度についての全体的な把握をした上で、初日研修に臨みます。

- 特に優れている点、よく理解ができている点を見つけてください。
- 一方、理解が不足している点についても把握しておきます。

**【参照先】**

本テキスト第2章第3項「スーパービジョン支援ツール」(1)「アセスメント確認用紙」

**【使用資料】**

- 受講者提出ケース（当日会場で受け取ります）
- 様式3-1：アセスメント確認用紙

## 第3章 地域同行型実地研修

### 1. 初日全体研修

#### (1) 講義「ケアマネジメント業務の考え方と研修の進め方」(参考資料3参照)

#### (2) アセスメント確認演習

##### 【目的】

受講者が提出した事例およびアドバイザーが事前に準備したアセスメント確認用紙を活用して、ケアマネジメントプロセスに対する理解を深めます。

##### 【進め方】

アドバイザーは、事前に準備したアセスメント確認用紙を活用して、全体的なコメントを受講者に説明します。

演習終了後、アドバイザーは、アセスメント確認演習チェック表（アドバイザー用）に、特に助言できたと思われる項目や助言が足りなかったと思われる項目にチェックし、評価欄にその内容を具体的に記述します。

受講者は、アセスメント確認チェック表（受講者用）に、特によくできたと思われる項目と課題があると感じた項目にチェックをつけ、評価欄にその内容を具体的に記述します。アドバイザーは、受講者と自己評価を共有した後、良かったところと改善した方がよい点を受講者用チェック表の記入欄に書きこみます。

##### <受講者の課題把握>

受講者が提出事例のどんな点を困難と感じているのか、どうしたいと考えているのかを聞きます。また普段ケアマネジメントプロセスのどんな部分で困っているかを聞きます。

##### <アセスメント部分>

- 丁寧にやり取りをしながら、紙面ではとらえることができなかった受講者の力量を把握します。
- 良い点をほめ、不足をしている点に具体的な気づきを促すように助言します。
- アドバイザーは受講者に「できていない」など否定的な表現をせず、例えば「排泄が一部介助」のみが記載されている場合には、「誰が、どのような介助を行っているのですか？具体的に教えてください」という質問をして返答を引き出す。

#### <ケアプラン部分>

- アセスメントの領域から、どのような視点でニーズとなったのかを面接をして引き出します。

#### <指導時の配慮>

- 一方的な指導にならないように、質問は相手が理解しやすい言葉を使います。
- 受講者の成長過程を確認できるような配慮をします。
  - ▶ 受講者がどこにつまずき、困難さを生じているのかを把握することが大切であり、詰問やできていないことだけを指摘するような指導とならないようにします。
  - ▶ 双方のコミュニケーションを円滑にする配慮が必要です。アドバイザーと受講者、双方のコミュニケーションに配慮しながら、指導に委縮しないようにします。ケアプランや利用者に対する思いを受講者に語ってもらうことを大切にします。受講者が自分のできないことや困っていることなどを自由に話せる雰囲気をつくります。
- 適切でないケアプランとなっていた場合には、その理由を明確に説明し、受講者に充分理解をしてもらえるようにします。

#### 【使用資料】

- アドバイザー： 様式 3-1 アセスメント確認用紙（記入済み）
- 受講者： アセスメント確認演習チェック表（受講者テキスト掲載）

### (3) 受講者の研修目標設定支援

#### 【目的】

受講者との個別面談により、受講者のこの研修期間中の達成目標、および 3～5 年度の到達目標を設定します。

#### 【進め方】

- ① **まず、アドバイザー・受講者との信頼関係を築きます。**
  - いま困っていることは何か、仕事をしていて楽しいことは何か等について話し合ううちに目標につながる糸口を見つけ出します。  
注意）私生活や職場環境・待遇などに触れることは控えましょう。
  - 緊張をほぐすような雰囲気をつくります。
- ② **受講者の目的を確認します。**

- この実習で学びたいことは何か？
- 前項のアセスメント確認演習で抽出された受講者の長所と課題から、学びたい内容、学ぶべき内容を絞り込みます。

**【作成資料】**

- 目標設定用紙（受講者用）： アドバイザーはコメント欄に記入  
※ 目標設定用紙は最終日全体研修まで受講者自身が管理します。

**(4) 今後の研修準備と初日全体研修提出物について**

1) 個別同行実習の日程調整

この後の個別同行実習は、アドバイザーと受講者のペアで進めます。

両方で日程を調整し、個別実習日程報告用紙に日付、時間を記入してお互いで共有した上で、運営事務局に提出します。

（注意）同行時に発生した事故等については、運営事務局での責任を負いかねますので、可能な限り公共交通機関を利用するか、個別で現地に向かい、現地集合とする等の対応を併せてお願いいたします。

**【作成資料】**

（受講者テキスト掲載）様式 2-4 個別実習日程報告用紙

2) 最終日全体研修のプレゼンテーションに向けて

最終日全体研修では、受講者が研修で得た事、「気づき」を発表し、研修のアドバイザー・受講者で共有します。

アドバイザーは受講者のプレゼンテーション資料作成準備に対する助言を行います。どんなことに気づいたか、学んだか、を中心にまとめていくことを支援していきます。発表のスタイルは自由です。

**【参考】** 受講者テキスト 第2章第4項（演習）「プレゼンテーション」

**【発表スタイルの例】：** パワーポイント、ホワイトボード、紙芝居、他

**【受講者作成資料】**

- 受講者は、期間中に扱った 1 事例を選び、自分が研修で得たこと、共有したいことをA3用紙1枚程度にまとめ、プレゼンテーション資料を作成します。
- 様式や内容についての定めは特にありません。図やイラストも自由に使えます。



3)アドバイザーテキスト

す。

3) 資料提出

初日全体研修終了後、以下の書類を運営事務局に提出します。いずれも提出前に控えを取ってください。

**【提出資料】**

受講者テキスト様式 2-4 個別実習日程報告用紙

様式 1-2 説明同意文書

様式 2 利用者同意書

※利用者同意書は個別実習開始までに提出すれば可

※ 説明同意書、利用者同意書については、本テキスト第 1 章第 7 項を参照してください。

## 2. 個別同行実習

### 【目的】

アドバイザーの実地を示すことで利用者との具体的な関わり方や担当者会議の方法を学ぶとともに、受講者ケースを通じて受講者の強みと課題を把握し、今後のケアマネジメントに生かしていく方法を学びます。

受講者は実際の言葉づかい、質問の仕方を学びたいと考えています。同行の後、受講者の振り返り（できたこと・できなかったこと）とアドバイザーからのフィードバックをできるだけ早く実施することで、次のモニタリングや担当者会議につながっていき、気づきが有機的に積み重ねられます。

### 【進め方】

- アドバイザーのケースは、事前に議題、論点、着目してほしいポイントを受講者に伝えます。
- 受講者のケースは、事前に受講者が課題と考える点をきいておきます。

### (1) サービス担当者会議同行演習

#### 【目的】

サービス担当者会議運営の方法に関する指導・助言を学びます。

#### 【事前準備】

- 会議出席者の事前承諾を得ます。
- 会議の議題、論点を事前に共有します。
- 受講者はサービス担当者会議評価ツール（受講者）について、特に重点を置きたい項目にチェックをつけ、目標欄に具体的な目標を記入します。
- アドバイザーは、サービス担当者会議評価ツール（アドバイザー）について、特に重点を置きたい指導項目にチェックをつけ、目標欄に具体的な指導・助言目標を記入します。

#### 1) アドバイザー担当ケースへの同行

- 受講者は会議を傍聴します。
- 受講者は会議運営の流れや時間配分などを観察し、進め方を学びます。
- 受講者は参加者の発言や態度を観察し、質問のあり方を学びます。
- 受講者は記録の仕方を学びます。

- 2) 受講者担当ケースへの同行
  - 受講者は会議を運営します。
  - アドバイザーは受講者による会議運営の流れや時間配分などを観察します。
  - アドバイザーは受講者による記録方法を観察します。
  
- 3) 当日の振り返りと助言
  - 受講者はサービス担当者会議評価ツール（受講者）について、よくできたと思われる項目と課題があると感じた項目にチェックをつけ、評価欄にその内容を具体的に記述し、アドバイザーに渡します。
  - アドバイザーは、受講者用チェック表の記入欄に良かったところと改善した方がよい点を書きこみます。さらに、口頭でもコメントを伝えます。
  - アドバイザーは、サービス担当者会議評価ツール（アドバイザー）について、特に助言できたと思われる項目や助言が足りなかったと思われる項目にチェックし、評価欄にその内容を具体的に記述します。

#### 【作成資料】

作成した資料は各自保管し、最終日全体研修に持参します。

- アドバイザー [様式 3-2：サービス担当者会議評価ツール（アドバイザー）]
- 受講者 [様式 4-1：サービス担当者会議評価ツール（受講者テキスト掲載）]

## (2) モニタリングへの同行

#### 【目的】

訪問支援における助言・指導を学びます。

#### 【事前準備】

- 利用者の事前承諾を得ます（同意書を取得）。
- 当該利用者の課題を受講者に伝えます。
- 利用者の事前承諾を得る（同意書を取得）。
- 当該利用者の課題をアドバイザーに伝える（事前提出事例が望ましい）。

- 1) アドバイザー担当ケース
  - 受講者がアドバイザーケースのモニタリングに同行します。
  - 受講者はモニタリングの仕方を観察し、進め方を学びます。
  - 受講者はモニタリング記録のまとめ方を学びます。
  - 受講者はモニタリング結果を受けた事業者調整の方法を学びます。

- 2) 受講者担当ケース
  - アドバイザーが受講者ケースのモニタリングに同行します。
  - アドバイザーは受講者によるモニタリングの仕方を観察します。
  - アドバイザーは受講者によるモニタリング記録のまとめ方を観察します。
  - アドバイザーは受講者によるモニタリング結果を受けた事業者調整の方法を観察します。
  
- 3) 当日の振り返りと助言
  - 受講者は同行訪問モニタリングツール（受講者）について、よくできたと思われる項目と課題があると感じた項目にチェックをつけ、評価欄にその内容を具体的に記述し、アドバイザーに渡します。
  - アドバイザーは、受講者用チェック表の記入欄に、良かったところと改善した方がよい点を書きこみます。さらに、口頭でもコメントを伝えます。
  - アドバイザーは、同行訪問モニタリングツール（アドバイザー）について、特に助言できたと思われる項目や助言が足りなかったと思われる項目にチェックし、評価欄にその内容を具体的に記述します。

**【作成資料】**

作成した資料は各自保管し、最終日全体研修に持参します。

- アドバイザー [様式 3-3：同行訪問モニタリングツール（アドバイザー）]
- 受講者 [様式 4-2：同行訪問モニタリングツール（受講者テキスト掲載）]

### 3.最終日全体研修

#### (1) プレゼンテーションへの支援

##### 【目的】

受講者が研修を通じて学んだことをプレゼンテーション（発表）します。

##### 【進め方】

- アドバイザーは、ペアの受講者によるプレゼンテーションを支援します。プレゼンテーション後、受講者に気づいた点（進め方、質問のあり方等）を伝えます。

#### (2) 振り返り

##### 【目的】

受講者への助言・指導で良かった点、悪かった点を場面ごとに振り返ることで、自分の設定した目標の達成度と残された課題を洗い出し、今後どのように課題を解決し、長所を伸ばしていくのか、将来の展望を考察します。

また、受講者に対しては、当初の目標がどこまで達成できたかをアドバイザーとして評価することにより、受講者自身の振り返りを支援します。

##### 【進め方】

- アドバイザーは、受講者の振り返り用紙に受講生と所属事業所管理者へのメッセージを記入して受講者に返します。
- さらにアドバイザー自身の振り返りのためにアドバイザー振り返り用紙を記入します。

##### 【作成資料】

様式 5 振り返り用紙（アドバイザー）

様式 4-3 振り返り用紙（受講者）（受講者テキスト掲載）

##### 【参照資料】

様式 3-1 アセスメント確認用紙

様式 3-2 サービス担当者会議評価ツール

様式 3-3 同行訪問モニタリングツール

様式 4 目標設定用紙

【提出資料】 振り返り用紙（アドバイザー）と参照資料4点の計5点

**(参考)アドバイザーの気づきと助言内容の例**

昨年度の実施結果から、アドバイザーが、アセスメント確認や同行を通じて気づいた受講者の課題の例と、助言内容の例を以下に示します。

＜アドバイザーが気づいた受講者の課題＞

<b>アセスメント・モニタリング不足</b>	
<b>利用者との距離が近く、全体像が把握できない</b>	利用者のケースに同行し、利用者に寄り添おうとしている姿勢は理解するが、利用者に感情移入するあまり、きちんとしたアセスメントができていかないというところで、あと一歩というところが見られた。 潜在化されたニーズをどう顕在化させていくのか、そのニーズをつないでマネジメントしていくのかで、新人に陥りがちな客観的事実しか見えていない。
<b>問いかけ・視点</b>	日々の業務の中で、利用者の言葉の引き出し方、利用者への視点が上手くないと感じた。
<b>利用者への遠慮</b>	若い人の CM は、人生を踏んできた高齢者に対する不安感、頼りないと見られてしまう壁があるのかなと思う。
<b>アセスメントやプランの記載不足</b>	利用者との関係づくりに悩んでいたが、実際の動きはしっかりしており、アセスメントとプランとがつながっていないというところが見受けられた。
<b>プランのマンネリ化</b>	前任者から引き継いだケースで色々トラブルがあり、事業所内でも事例検討会等を何度も行っているが、マンネリ化した考えしか浮かばず、思いきったプランの見直し(変更)ができていなかったと思う。
<b>医療系に対する苦手意識</b>	病院側(医療機関)には、主治医、病棟ナース、MSW 等、多くのスタッフが揃っており、在宅側から、CMとしてのお願ひ・質問を遠慮してしまっている様な気がする。

＜助言内容の例＞

<b>ケアマネ業務の基礎</b>	
	主任ケアマネと地域のケアマネがお互いにスキルアップを図るためには、アセスメント方法やケアプランの作成、担当者会議の開催、モニタリングなど、ケアマネ業務の基本的な部分をしっかりと見直すことが必要だと感じた。
<b>アセスメント・モニタリング手法</b>	
<b>利用者との信頼関係</b>	関係づくりで大切なのは、CM として何かをしなくちゃいけないと強く意識しすぎているのではないかと いうアドバイスをした。元職が介護職員ということで、その時に利用者とのような関係づくりをしていた か、そこに立ち返ってもよいのではないかと話を話した。 今回のサービス担当者会議で集まった人たちを見て、利用者が「こんな多くの人に関わって支援してく れている」と言った事で、状況は一步前進すると思う。 サービスを拒否する利用者には、自宅を訪問し、「あなたのことを気にしている」と伝えると、何回目か には会ってくれる。訪問しても利用者には会えなかった時は、「何もしていない」と思われるのはもったい ないので、行ったことをアピールするようアドバイスした。
<b>利用者把握の視点</b>	モニタリングでは、利用者や家族の生活全般等、サービス内容、ニーズに変化がないかを確認するた めにとっても重要であるが、広い視野から色々な話をするのが大事かなと思った。 サービスが目標になっている部分があったので、デイに行かないことが問題ではなく、何故行かないの

3)アドバイザーテキスト

	<p>か、利用者が拒否する所にはどこに問題があるのかという所を見るため、その人(利用者)の生育、これまでの生き方や職歴等もデイでの過ごし方も見てはいるが、それが主観的な部分でしかなく、客観的に見るためには、”本人にとって”の部分を知る必要があるということ話をした。</p> <p>認知のある方ということもあり、本人の意向が聞けていない、奥様の訴えだけに耳を傾けており、優先順位が奥様の介護負担軽減になっていて、本人の(デイサービスに)行けていない理由という所にまで及んでいなかったのも、本人に向き合うというところを指導した。</p> <p>どのような声かけをしたり、アドバイスしたらよいか、伝えたらよいかを気をつけながら話してきた。</p> <p>モニタリングや担当者会議の目的・意味をそれぞれ理解していくことで、声かけも違ってくるのではないかと。そうすることによって、利用者も心を開き、自分の気持ちを伝えることができ、また違った対応ができるようになるのではないかと。</p> <p>包括から引き継いだケースで、利用者への微に入り際に入り質問することはすごく難しいことであるが、モニタリングの世間話の中からどう展開していくか、意識して世間話を聞きながら、その必要性を感じてくれればと考えていた。</p> <p>医療ニーズの高い利用者への同行時には、家族の負担が大きく、CMが家族の話を聞きながら不安を解消していくという場面を見ていただいた。不安を解消するという意味では、訪問診療の先生の言葉は一言一言が本人・家族の不安を解消する。</p> <p>受講者の「担当者会議をスムーズに有意義に進める」という目標をベースに、アセスメント力と一緒に表現力、コミュニケーション力を身につけるということに努めた。それらを身につけるということは難しいと今でも感じている。</p>
<p><b>チームアプローチ</b></p>	<p>私の担当する社協やサービス事業所等、多くの地域の関係者が入るケースを見ていただいたが、私はネットワークを大事にしており、ネットワークの重要性を知っていただきたいと考えていた。困難ケースだからこそ、連携しなければ上手くいかないし、CMが自分一人で抱え込むとつぶれてしまうので、どう関係機関と連携すれば上手くいくかということ研修中に話し合った。</p> <p>居宅介護支援事業所が持っている情報を共有すること、近隣で活用することは数倍の効果を生む。また、その蓄積が医療との連携も取りやすくなる。</p>
<p><b>退院前調整</b></p>	<p>退院前の外泊する機会に自宅を訪問した。その時、自宅での動きを確認するとともに予め福祉用具も選定しておき、退院前に病院で試せるよう依頼した。MCから、在宅とはどういうことか、利用者はどのような環境に帰るのかを病院側に伝えていかないと、在宅での課題が明確にならない。訪看が入るまでの時間が空く場合には、帰宅後トラブルがない様、帰る前までの間に予め可能な限り用意しておくようにしている。</p>
<p><b>担当者会議の運営</b></p>	<p>特に、長くやっていると基本から外れて崩してしまうところがあり、担当者会議のやり方としては、テキストで先ず自己紹介をしてという段取りがあり、実務者研修ではその通りに教えるので、経験のない方はその通りにやらなければいけないと思いがちだが、実際には、そのような流れで会議進行をしてはおらず、話しやすい雰囲気の中でやっている。これまでは、それを伝える場所がなく、今回の研修で伝えられ、役に立てたのであればよかった。</p> <p>指導者も人に見てもらおうという場合には、しっかり事前準備をしなければならないということを確認でき、担当者会議でも本人・家族にしっかり伝えられたかなというところも意識的に理解できてよい機会となった。</p>
<p><b>社会資源の活用</b></p>	<p>県の事業を全て把握し、活用するということは難しいので、全部覚えるというのではなく、どこにつなげれば、こういうサービスが使えるんだ、相談ができるんだということを知るだけでも利用者の為になる。県の事業は、利用する前に介護保険でホームヘルプの部分で自費が何万も出ないと回っていかないので、県の障害福祉課に申請に行くよう、家族を支援するのもCMの業務の一環である。</p>

# 資料集

## I 様式

様式名	本文関連頁	提出時期
1-1 フェースシート	9	申込時提出
1-2 説明同意文書		初日研修までに提出
2 利用者同意書		実地研修開始までに提出
3-1 アセスメント確認用紙	10,21-23,31	事前研修当日持参
3-2 サービス担当者会議評価ツール	24-27,36-37	最終日全体研修終了後提出
3-3 同行訪問モニタリングツール	28-29,37-38	
4 目標設定用紙	30	
5 振り返り用紙	39	

## II 参考資料

1. Aさん事例（架空事例）に基づくアセスメント確認用紙記入例
2. Aさん事例（架空事例）に基づくサービス担当者会議評価ツール記入例
3. Aさん事例（架空事例）に基づく同行訪問モニタリングツール記入例
4. Aさん事例アセスメントシートとケアプラン（第一表、第二表、第三表）
5. ケアマネジメント業務の考え方と研修の進め方



[様式 1-1:フェースシート(アドバイザー用)]

日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (年齢: \_\_\_\_\_ 才)

基本職種			
簡単な職歴			
介護支援専門員としての 経験年数	年	主任介護支援専門員の 受講年度	年
所属事業所		所属事業所の従業員 数 (いずれかに○)	1. 1人 2. 2人 3. 3人以上
認定ケアマネージャーの 有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
介護支援専門員 以外の資格等			

[様式 1-2:説明同意文書(アドバイザー用)]

「地域同行型実地研修」説明同意文書（アドバイザー用）

①目的

介護支援専門員が良質なケアマネジメントを地域全体で展開するための実習型の研修を提供することにより、相互研さんを通じて、実践の中で業務について1～3年程度の介護支援専門員の専門職としての実務能力の向上、及び、主任介護支援専門員のスーパービジョン力の向上を目指します。

②日程

日程	実施内容	詳細	場所	時間
60 日前	募集・受付	<ul style="list-style-type: none"> <li>実習協力施設を募集。</li> <li>実習協力施設からアドバイザー候補の推薦を受けて決定。</li> <li>受講者の募集を開始し、申し込みを受け付ける。</li> </ul>	—	—
30 日前	受講案内と事例提出	<ul style="list-style-type: none"> <li>アドバイザー・受講者に研修資料を配布。</li> <li>アドバイザーはフェースシートを運営事務局に提出。</li> <li>受講者はフェースシートと困っているケース1事例の記録(個人情報削除済み;2部)を運営事務局に提出。</li> <li>運営事務局はフェースシートをもとに、アドバイザーと受講者のペアを作成。</li> </ul>	—	—
	アドバイザー事前研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>アドバイザーを対象に事前研修を開催し、アセスメント確認の方法や実習での指導法等について、認識を共有する。</li> <li>アドバイザーはペアとなる受講者の事例を受け取る。</li> </ul>	研修会場	4
	研修準備	<ul style="list-style-type: none"> <li>アドバイザーは、初日までに受講者提出ケースのアセスメント確認を行う。</li> <li>受講者はテキストを読み、研修内容を理解する。</li> </ul>	—	—
開始	初日 全体研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>プログラム趣旨説明</li> <li>講義:アセスメント確認の目的と必要性</li> <li>演習:提出ケースを用いたアセスメント確認</li> <li>研修目標設定:「目標設定用紙」を使用してアドバイザーと相談しながら目標を設定し、個別実習の日程調整を行う。</li> </ul>	研修会場	3
約2～3ヶ月	個別実習 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>※基本的には、以下の個別実習を半日×4回行う。</li> <li>アドバイザー担当ケース同行 1:担当者会議の運営とその記録</li> <li>アドバイザー担当ケース同行 2:モニタリングとその後の関係機関調整(受講者提出事例に類似し</li> </ul>	実習協力施設	3
	個別実習 2			3

	個別実習 3	た事例が望ましい) • 受講者担当ケース同行 1: 担当者会議の運営とその記録(必ずしも提出事例でなくてよい)	受講者 所属事業所	3
	個別実習 4	• 受講者担当ケース同行 2: モニタリングとその後の関係機関調整(提出事例)		3
最終日	最終日 全体研修	• プレゼンテーション: 各受講者が期間中に扱った 1 事例を選び、A3 用紙又は模造紙に研修で得た気付きや学びをまとめて発表し、質疑応答を行う。 • 振り返り: 各受講者の研修での体験内容・できたこと・できなかったこと・感情・今後の抱負を全体で共有する。 • 修了証授与	研修会場	4

③研修期間: 3~4ヶ月程度

④個人情報保護への対応とデータの保管について

あなたのお名前、所属先住所、電話番号等の個人情報は、郵送物の郵送等、研修の実施のために必要な範囲で使用するとともに、研修修了者名簿として管理します。この情報は、本研修に関連する連絡の他、あなたが主任介護支援専門員の資格を更新する際に参照する目的で使用させていただきます。

また、研修中、アドバイザーまたは受講者の方が担当する利用者宅に同行訪問をする場合等、当該利用者の個人情報に接する可能性があります。そこで知り得た情報について口外しないことをお約束いただきます。

⑤同意

私は、説明を受けて本研修の趣旨を理解し、アドバイザーとして参加することに同意します。また、研修を通じて知り得た利用者等に関する情報は、研修以外での使用、公表をしないことを約束します。研修後に行う最終報告会に提出する資料等にも、個人が特定されるようなことは記載しません。

ご氏名: \_\_\_\_\_

ご所属: \_\_\_\_\_

日付: (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

[様式2:利用者同意書]

地域同行型実地研修  
説明同意文書（利用者の方用）

①目的

介護支援専門員が良質なケアマネジメントを地域全体で展開するための実習型の研修を提供することにより、相互研さんを通じて、実践の中で業務について1～3年程度の介護支援専門員の専門職としての実務能力の向上、及び、主任介護支援専門員のスーパービジョン力の向上を目指します。

②研修内容

本研修では、初日および最終日に2日間程度の全体での座学研修を行う他、地域の主任介護支援専門員がアドバイザーとして、研修機会等の少ない介護支援専門員の受講者に対し、2日間程度の個別同行実習を実施いたします。

個別同行実習では、受講者およびアドバイザーの介護支援専門員それぞれが、担当する利用者宅(あなたのお宅)への同行訪問等を行うことを予定しており、個別同行実習に先だって、当該利用者に関する居宅サービス計画書(ケアプラン)等の書類を、匿名化した上で共有する予定です。

③期間

全体期間：平成●年●月～●カ月程度

研修期間中に利用者宅(あなたのお宅)に同行する回数：1回ないし2回

④個人情報保護への対応

同行訪問等の場面では、研修のアドバイザーや受講者が、利用者(あなた)の個人情報に接する可能性があります。個別実習を通じて知り得た情報は、本研修以外の目的での利用、公表はしないことを書面にて約束いたします。

⑥その他の倫理的配慮

本研修にご協力いただくことは任意であり、仮に苦痛等を感じた場合にはいつでも協力をとりやめることが可能です。途中で協力をとりやめた場合にも何ら不利益を受けることはありません。

⑦利用者(あなた)の担当居宅介護支援事業所及び介護支援専門員

事業所名: \_\_\_\_\_

管理者氏名: \_\_\_\_\_

担当介護支援専門員氏名: \_\_\_\_\_

⑩個別同行実習時に同行する介護支援専門員

氏名: \_\_\_\_\_

所属: \_\_\_\_\_

⑪同意

私は、説明を受けて本研修の趣旨を理解し、個別同行実習での同行訪問等に同意します。

ご氏名: \_\_\_\_\_

ご本人による署名が難しい場合の代筆者(ご家族)

氏名: \_\_\_\_\_

[様式 3-1:アセスメント確認用紙]

アセスメント確認用紙				
受講者氏名:		アドバイザー氏名:		
【利用者情報】 性別 : 男性・女性 年齢: 才 障害高齢者の日常生活自立度: 自立・J1・J2・A1・A2・B2・C1・C2 認知症高齢者の日常生活自立度: I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M 介護度: 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5				
	① 利用者の 状況把握	② 課題の 抽出	③メモ	【記入要領】
<b>01 生活状況</b>				① 利用者の状況把握:アセスメント用紙や支援経過に利用者の状況に関する記述があれば☑を記入する。 ② 課題の抽出:居宅サービス計画から利用者の課題を抽出しているかを確認し、記述があれば☑を記入する。 ③ メモ:利用者の状況が記載されていない場合や課題が適切に抽出されていないと思われた場合等、面談での確認ポイントや受講生に対する助言等があれば記入する。 ④ 演習では①～③を参考に、アセスメントとケアプラン、担当者会議録、支援経過から、連携状況を確認する。気付いたことを追記する。
① 家族構成・介護者の状況				
② 生活歴				
③ 経済状況				
<b>02 主訴</b>				
① 利用者の主訴				
② 家族の主訴				
<b>03 健康状態・受診状況</b>				④ アセスメント、ニーズ、目標、サービスのつながりについて
① 既往歴・現病歴・症状				
② 主治医の意見書				
③ 服薬状況				
④ 口腔・嚥下/褥瘡・皮膚				
<b>04 認知症</b>				
認知症状 ① 徘徊、暴言等のBPSD(行動)				
<b>05 ADL</b>				⑤ サービス内容、地域との連携について
① 移動				
② 入浴				
③ 食事摂取				
④ 排尿・排便				
<b>06 IADL</b>				
① 家事(調理・掃除・選択)				
② 買い物・金銭管理				
<b>07 コミュニケーション</b>				⑥ その他
① 意思の疎通				
② 周囲との関わり・社会参加				
<b>08 居住環境</b>				
① 室内環境・立地環境				
<b>09 特別な状況</b>				
① 虐待				
② ターミナルケア				

[様式 3-1：アセスメント確認用紙（確認の考え方）]（1/2）

アセスメント確認用紙（確認の考え方）	
<b>01 生活状況</b>	
① 家族構成・介護者の状況	利用者を含む家族等の年齢・性別・同居などの把握ができているか。 主介護者の健康状態や就労の有無、家族との関係性を把握しているか。 介護者の負担感の程度はどのくらいか。
② 生活歴	利用者本人のこれまでの生活（職業や住んでいた場所）、大切にしていることの把握ができているか。
③ 経済状況	介護費用に使える金額、年金の種類の把握ができているか。
<b>02 主訴</b>	
① 利用者の主訴	家族でなく「本人」の生活上の困りごとを把握しているか。利用者本人の言葉で書かれているか、ケアマネジャーが感じていることか。 困りごとが起こっている背景は何か。
② 家族の主訴	家族の困りごと（本人のとは区別）を把握しているか。誰がどの様なことで困って相談に至ったか。
<b>03 健康状態</b>	
① 既往歴・現病歴・症状	ケアプランへの反映が必要な疾患を把握しているか。 下痢、（夜間の）頻尿、食欲不振、便秘（の程度）、めまい、吐き気、動悸、息切れなどの具体的な症状の訴えがあるか。 精神的な不安やうつ傾向がある場合は、きっかけ、負担の程度、社会交流の減少程度、訴える内容と訴える相手を把握しているか。
② 主治医の意見書	主治医意見書を取り寄せているか。意見書の記載内容を参考にしているか。 ケアマネジャーがかかりつけ医と連携しているか。
③ 服薬状況	薬剤の管理状態、服薬時間の把握、服薬方法・服薬量の理解ができるか。
④ 口腔・嚥下／褥瘡・皮膚	残菌の状況、口腔内の状態（口腔内の乾燥・潰瘍の有無）、咀嚼・嚥下状態等を把握しているか。 褥瘡の有無、やけど、発疹・乾燥・掻痒症・疥癬などの感染症の既往の有無とその程度を把握しているか。
<b>04 認知症</b>	
① 認知症状 徘徊、暴言等の BPSD（行動）	本人に直接確認が困難な場合、家族や関係の深い人など複数の周辺の人から、利用者の大切にしていること等を聞いているか。 BPSD（徘徊、暴言等）がある場合、どのようなときに発生しているか。確定診断を受けているか。専門医を受診しているか。 利用者本人に直接関わり、確認をしているか。
<b>05 ADL</b>	
① 移動	居室内の移動手段、居室外・屋外の移動手段、移動の不安・転倒の有無とその頻度、乗り物の活用程度や起居動作の程度を把握しているか。できることに気づいているか。
② 入浴	入浴方法や入浴場所、入浴の介助の程度（誰がどの程度介助をしているのか）、入浴の好き・嫌いを把握しているか。
③ 食事摂取	一日の水分摂取量、食事の回数、食事内容、肥満・るいそう（病的な場合はBMIの把握）の程度を把握しているか。 嚥下の状態、食事の摂取状況（セッティング後に自力での摂取が可か否か）、ムセの有無等を把握しているか。
④ 排尿・排便	排泄の有無や程度、場所、頻度、介助の有無や誰がどの程度支援しているか。 失禁がある場合、尿意・便意の有無や程度、泌尿器科への受診の有無、留置カテーテルの有無等を把握しているか。
<b>06 IADL</b>	
① 家事（調理・掃除・洗濯）	献立を考へること、調理の準備、手順の理解、調理器具の利用、配膳・引き膳等ができるか。誰がおこなっているか。 掃除の手順（掃除機の操作）や家の中の整理整頓の状況を把握しているか。洗濯機の操作や洗濯物を干す・取り込む、たたむ等の動作ができるか。誰が行っているか。
② 買い物・金銭管理	買うものを考へる（リスト化する）、買うものを選択できる、支払いができる、買い物する場所の見当がつくか。誰が行っているか。
<b>07 コミュニケーション</b>	
① 意思の疎通	日常の出来事や意見・要望などを人に伝えることができるか。緊急時の本人との対応可能なコミュニケーション方法を把握しているか。 読解力や筆談など言語的なコミュニケーションの方法を把握しているか。視力・視野の程度、空間無視などの障害の程度、白内障の影響や眼鏡使用の有無、有聴力の程度、補聴器使用の有無や頻度などについて把握しているか。
② 周囲との関わり・社会参加	他者との関わり「誰とどの程度（頻度）」の関わりがあるか。以前より減っている場合、その理由と時期。
<b>08 居住環境</b>	
① 室内環境・立地環境	転倒のリスクの有無を確認しているか。必要に応じ、リハビリの可能性も検討しているか。 外出機会が乏しくなっていないか。
<b>09 特別な状況</b>	
① 虐待	社会通念を超えた生活状態（食事内容・排泄介助・入浴・室内環境）、説明不能なあざやけが、身体的抑制の有無と頻度、暴言・暴行、放置（ネグレクト）の状態・程度と頻度、虐待が発生しそうな要因を把握しているか。
② ターミナルケア	疾病による余命が半年以内との診断を受けた場合の基礎疾患、癌などの場合は緩和ケアの方針、痛みの有無、告知の有無といった状況を把握しているか。

[様式3-1: アセスメント確認用紙(確認の考え方)](2/2)

④ アセスメント、ニーズ、目標、サービスのつながりについて	
① アセスメントからニーズ把握、サービス計画へのケアマネジメントプロセスを踏んでいるか	
② アセスメント	<p>主訴の背景に何があるのか、洞察できているか。</p> <p>左記のチェック項目を踏まえた上で、利用者を理解できているか。</p>
③ ニーズの把握	<p>単に困っていることを羅列するだけでなく、ニーズの背景を捉えているか。</p> <p>課題抽出されている項目と利用者の状況把握が整合しているか。</p> <p>普段どのように生活をしているか。24時間の過ごし方を把握できているか。</p> <p>在宅で安全に生活ができる、等の漠然とした表現になっていないか。</p> <p>利用者本人にとっての安全とは何か、アセスメントを通じて考えられているか。</p>
④ 目標設定	<p>利用者がどのような暮らしを望んでいるか。</p> <p>目標とする生活のイメージの合意を取れているか。</p> <p>目標は達成可能で具体的な表記となっているか。</p> <p>困っていること、できないことへの対応で、利用者の自立支援や生活の質にどのように影響するか、の視点があるか。</p> <p>利用者の意向を「困りごとを解決してほしい」と捉えるのではなく、困りごとを解決して、生活しようという意欲を引き出すことができているか。</p> <p>「家族の意向&gt;利用者の意向」となっていないか。</p>
⑤ サービス内容、地域との連携について	
① サービス計画	<p>ニーズは介護サービスを利用する目的となっているか。</p> <p>サービスを導入することが目的ではなく、それぞれのサービス導入が何を意図しているのかを明確に意識できているか。</p> <p>その意識に基づいたケアプランになっているか。</p> <p>軽度利用者認知症高齢者の支援内容やサービス内容が画一化されていないか。</p> <p>例えば: 夜間土日のサービスの必要性について目を配っているか。</p> <p>導入されたサービスの必要性について、根拠を明確にできているか。</p> <p>ニーズと社会資源(フォーマル、インフォーマルともに)の結び付けの整合性が取れているか。</p>
② チームマネジメント	<p>ケアプランに位置付けられた各種の社会資源が共通して目指す目標が明確になっているか(ケース支援の目標)</p> <p>その上で、ケアプランに位置付けられた各種の社会資源の役割分担が明確になっているか。</p> <p>ケアプランの中でこれらが明記されているか。</p>
⑥ その他	



参考資料3. 各種マニュアル  
3)アドバイザーテキスト

[様式 3-2: サービス担当者会議評価ツール(アドバイザー用)]

サービス担当者会議評価ツール (アドバイザー用) (1/2)						
①実施前重点目標: 受講者に特に意識してもらいたい項目にチェックします。 ②目標: 具体的な達成目標を書きます。 ③実施後評価: 演習実施後、特に達成の大きかった項目や課題を感じる項目にチェックをします。 ④評価: 評価の内容を具体的に書きます。		受講者氏名 _____		アドバイザー氏名: _____		
		①アドバイザーケース				実施日
		①実施前重点目標	②目標	③実施後評価	④評価	/
<b>I 準備</b>						
① 開催のタイミング	<input type="checkbox"/> 新規のケアプラン <input type="checkbox"/> 更新時 <input type="checkbox"/> サービスの追加・変更 <input type="checkbox"/> 課題解決 <input type="checkbox"/> その他( )					
② 開催の周知	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
③ 参加者の選択	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
④ 主治医への参加案内	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
④ 資料配布	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
⑤ 本人・家族への配慮	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
⑥ 欠席者の把握	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
⑦ 当日準備	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
<b>II: 開催場面</b>						
① 時間の統制	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
② 開会時	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
③ アセスメント・ケアプランの説明	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
④ 議論の目的	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
⑤ 議論のリード	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
⑥ 議論: サービス事業所	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
⑦ 議論: 本人・家族への配慮	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
⑧ 議論のまとめ方	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
⑨ 閉会時の連絡事項	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
⑩ 守秘義務の確認	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
<b>III 議事録</b>						
① 議事録	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
その他メモ   						

参考資料3. 各種マニュアル  
3)アドバイザーテキスト

[様式 3-3: 同行訪問モニタリングツール(アドバイザー用)]

同行訪問モニタリングツール (アドバイザー用) (1/2)					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">           ①実施前重点目標: 受講者に特に意識してもらいたい項目にチェックします。            ②目標: 具体的な達成目標を書きます。            ③実施後評価: 演習実施後、特に達成の大きかった項目や課題を感じる項目にチェックをします。            ④評価: 評価の内容を具体的に書きます。         </div>	受講者氏名	アドバイザー氏名:			
	①アドバイザーケース				実施日
	実施前重点目標	助言メモ(特に着目したい点)	実施後評価	助言メモ(特に変化のみられた点)	/
<b>I 準備場面</b>					
① 日程の調整	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
② 事前情報の確認	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
③ 目的の明確化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<b>II 現場</b>					
<b>01 利用者からの聞き取り</b>					
① 生活状況の変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
② 体調の変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
③ 介護力の変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
④ 権利擁護の確認	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<b>02 ケアプランの実行状況</b>					
① 実行状況の把握	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
② 利用状況の把握	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
③ 利用状況の変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<b>03 サービスの提供</b>					
① 実施状況	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
② 満足度の把握	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
③ 苦情(不満)の有無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<b>04 課題解決の可能性</b>					
① 短期目標の到達度	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
② 長期目標の到達度	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
③ ニーズの変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<b>05 ケアプラン変更の必要性</b>					
① 再アセスメントの必要性	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
② 生活環境	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
③ 介護力の変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
④ サービス内容	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<b>III 実施後</b>					
<b>01 モニタリング結果の連携</b>					
① サービス事業者	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
② 主治医	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
③ その他	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
④ サービス担当者会議開催の必要性	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
⑤ 他機関との協働	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<b>02 記録</b>					
① 記載内容	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<b>IV 振り返り</b>					
① 目的通りにできたか	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
② 自らの課題は何か	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
③ 今後のあり方	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
その他メモ					

[様式3-3：同行訪問モニタリングツール（評価の視点・方法）]

同行訪問モニタリングツール（評価の視点・方法）	
<b>I 準備場面</b>	
① 日程の調整	モニタリングのタイミング（初期／継続・定期／身体状況の変化による開催／サービス事業者からの依頼／生活状況の変化等）に合わせた日程調整なのか。モニタリング日程は計画的に実施されているか（担当利用者全員のモニタリングの日程調整）
② 事前情報の確認	モニタリング訪問に必要な事前情報を収集しているか ①主治医から身体状況や通院、服薬の状態 ②サービス事業者からの利用状況と実施内容 ③ひとり暮らしの場合はキーパーソン ④制度利用者（成年後見／日常生活自立支援事業等） ⑤インフォーマルサービス活用状況
③ 目的の明確化	モニタリングの目的を明確にしているか。適切な時期にモニタリングが実施できない場合、モニタリングはどのように実施しているのか
<b>II 現場</b>	
01 利用者からの聞き取り ←利用者からの聴取	
① 生活状況の変化	家事、食事、買い物など生活行為に変化はないか。聞き取りに利用者への配慮ができていないか。単に生活状況を伝えてくれるがままに聞き取るのではなく、食事量、運動量、行動範囲など前回モニタリング時との変化を聞き取ることをしているか。変化にはネガティブな面、ポジティブな面など相反するものがあることを理解できているか
② 体調の変化	主治医から入手した事前情報をもとに聞き取りができていないか、身体機能の変化に偏らず精神的な変化にも着目した聞き取りができていないか。内服状況を聞き取る際に利用者からの言葉のみではなく、内服管理の状況を目で見て確認したか。それぞれ確認する際に利用者への配慮はできているか
③ 介護力の変化	同居家族・別居家族それぞれ介護にかかわる家族の状況を聞き取ることができたか。聞き方は利用者に負担をかけていないか。介護者への聞き取りから介護負担の新たな発生など変化を受け止めることができていたか。虐待およびネグレクトの発生はないか状況を読み取ることができているか
④ 権利擁護の確認	権利擁護（安全性）の確認をしたか
02 ケアプランの実行状況	
① 実行状況の把握	ケアプランどおりにサービスは実行できているか。利用者はケアプランの内容を把握しているか。実行できているか否か利用者自身が理解できているか。
② 利用状況の把握	ケアプランに沿って作成された個別サービス計画どおりの内容が提供されているか。サービス提供時の様子をより具体的に聞き取れるよう例示などしながら話しやすい雰囲気を作ることができているか。
③ 利用状況の変化	理由なく利用を休む、断るなどの状況は起きていないか。予定した回数どおりの利用ができていない場合、その理由を利用者の思いにそって聞くことはできているか
03 サービスの提供 ←サービス内容	
① 実施状況	サービス事業者の都合によるサービス内容の変更や提供日時回数の変更はないか。利用者の理由により変更がどのような時にどのくらいあったのか、その理由も含めて確認をしているか。理由を尋ねる際に利用者が答えにくくなるような雰囲気になっていないか
② 満足度の把握	サービスを利用することによる利用者の満足度を聞き取ることができているか。その際、誘導するような聞き取りではなく利用者自身から真の満足度を聞きだせるような声掛けをしていたかどうか
③ 苦情（不満）の有無	サービスを利用することによる苦情や不満を受け止めることができていたか。サービス事業者の立場、ケアマネジャーの立場を優先することなく利用者の立場に立って苦情や不満を受け止めることができていたか。
04 課題解決の可能性 ←生活ニーズ	
① 短期目標の到達度	短期目標の期間に照らし合わせて現時点でどの程度達成しているのか、利用者に説明することができていたか。達成したとしたら短期目標を変えることを提案していたか。また達成できない状況が把握できた場合利用者に説明していたか
② 長期目標の到達度	短期目標の達成度に合わせて長期目標が現時点でどの程度達成しているのか利用者に説明することができていたか。達成できそうであれば目標の変更などの提案をしていたかどうか
③ ニーズの変化	短期目標・長期目標の達成度に照らし合わせ、ニーズの変化について聞き取るような質問をすることができたか。簡易的にアセスメントを実施しているかどうか
05 ケアプラン変更の必要性 ←ケアプランの変更	
① 再アセスメントの必要性	再アセスメントの必要はあるか？
② 生活環境	生活環境の変化を聞き取る中でケアプラン変更（サービス内容の変更）の必要性を説明することができたか。具体的にどのような支援が必要か提案することができているか
③ 介護力の変化	介護者の疾病、心身機能の変化を捉え、サービス内容の変更の可能性について他機関を交えて多職種で検討する必要性の判断をすることができたか、また検討の提案をすることができたか
④ サービス内容	個別サービス計画書どおりにサービス提供がおこなわれているか確認したか。実施できていない場合はその背景を利用者から聞き取る質問やサービス事業者への確認の必要性を判断することができていたか
<b>III 実施後</b>	
01 モニタリング結果の連携 ←モニタリング後の連携	
① サービス事業者	利用者から聴取したモニタリング結果からサービス事業者へ報告することを利用者に伝えていたかどうか。サービス事業者に何を報告するのか担当ケアマネとして整理ができていたかどうか。利用者からの苦情や不満など利用者の尊厳を踏まえた上で報告することができたか。利用者サービス事業者との関係性を修復する力を発揮できていたかどうか。また必要に応じて新たなサービス事業者の発掘等、利用者からの要望に応えることはできているか
② 主治医	利用者からの聞き取りにより、主治医からの注意点などが理解できていない場合、報告することができたか。内服管理や栄養状態など重要な疾病を引き起こす状況を把握した場合など報告の重要性を理解できているか。
③ その他	虐待、ネグレクトなど利用者の生活に危険が及ぶことが予測された場合、必要な機関と連携し対応することを理解できているか
④ サービス担当者会議開催の必要性	ケアプラン変更が必要とされた場合、サービス担当者会議開催の必要性があることに気が付いているか
⑤ 他機関との協働	虐待、ネグレクトなど、サービス担当者会議では解決できない課題に対して地域ケア会議につなぐなど解決に向けた行動をとることができるかどうか。ケアマネだけで課題を抱え込まないよう相談窓口をもっているかどうか
02 記録	
① 記載内容	モニタリングで得られた情報を整理して支援経過に書き留めることができるか。支援経過の記載のポイントを理解できているかどうか。内容・介護支援専門員や関係機関の判断・利用者及び家族の意向を整理し、誰が見ても理解できるようまとめられているか。
<b>IV 振り返り</b>	
① 目的通りにできたか	事前準備段階で掲げた目的通りに実施できたかどうか。目的どおりにできなかった場合、その理由が分かっているかどうか
② 自らの課題は何か	モニタリングが形骸化し、行くことだけがモニタリングだと勘違いしていないか。利用者や家族に負担をかけていないかなど自らのモニタリングのスタイルを振り返ることができたか。自らもモニタリングの課題を見つけることができたか
③ 今後のあり方	自らのモニタリングに対する客観的な評価を受け止め、モニタリングから得られる効果を理解し、アセスメント力に課題があることが理解できているか。

[様式 4:目標設定用紙]

日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

○ あなたの短期目標（今回の研修期間中の達成目標）

○ あなたの中長期目標（3～5年後の到達目標）

○ 目標達成のための具体的な戦略

日付	当日体験すること（予定）	当日の達成目標
初日全体 研修	・ 講義：ケアマネジメント業務の 考え方と研修の進め方 ・ 演習：アセスメント確認（提出 ケースについて）	
個別実習	（アドバイザー担当ケース） サービス担当者会議同行	
個別実習	（受講者担当ケース） サービス担当者会議同行	
個別実習	（アドバイザー担当ケース） モニタリング場面同行	
個別実習	（受講者担当ケース） モニタリング場面同行	
最終日全 体研修	・ プレゼンテーション ・ 振り返り	

※個別実習の順序は自由です。都合のついた順番でかまいません。

[様式 3-2 : サービス担当者会議評価ツール (評価の視点・方法)]

サービス担当者会議評価ツール (評価の視点・方法)	
<b>01 準備場面</b>	
① 開催のタイミング	会議の目的と開催のタイミングによって、必要な準備事項が変わってくることに留意して、以下の項目を確認する。
② 開催の周知	・周知の方法は適切か(電話・ファックス・メール・面談・その他)。 ・場所・時間・テーマなど必要事項を周知しているか。
③ 参加者の選択	・テーマによって必要なメンバーを中心に参加者を募っているか。 (本人・家族・介護サービス事業者・地域包括支援センター・地域の方、その他)
④ 主治医への参加案内	・主治医に参加案内をしているか。 ・参加困難なことが多いため、不参加の場合は、事前に面談もしくは文書による聴取を行っておくか、 看護師・MSWに代理出席していただく手配をしているか。
④ 資料配布	当日の議題(開催目的)に応じた資料を事前に送付しているか。各担当者が必要な情報を持ち寄るための意識づくりに必要。 (例: ケアプラン1~3表、利用者の状態像が分かる資料など)
⑤ 本人・家族への配慮	・掃除や茶菓の用意などは不要であることを事前に伝えているか。
⑥ 欠席者の把握	・事前に欠席者との情報交換をしておき、会議の場で欠席者の意見を伝える準備ができているか。
⑦ 当日準備	・人数分の資料の準備はできているか ・座席位置の設定をしているか(利用者家族とケアマネは近くに座り、それぞれの表情が見える場所を確保する。 できれば利用者及び家族の隣に座ることが望ましい) ・到着時間は守れたか
<b>02 開催場面</b>	
① 時間の統制	・開始・終了時間は守れたか。 ・開始時におおむねの終了時間を目安を述べたか。 ・時間についての協力を参加者に依頼しているか。 ・参加者の発言時間をコントロールできているか。 ・時間内に議論が終わらない場合は、他の参加者に、延長するか意見を聞いているか。
② 開会時	・開催の挨拶をしたか。 ・参加者の紹介をしたか。 1. 本人・家族を紹介する 2. サービス事業所は各自、事業者名を述べて自己紹介をする ・本日の会議の目的を述べて、全員が共有できるようにしているか。 ・ケアプランの内容について説明をしたか。
③ アセスメント・ケアプランの説明	・利用者目線で専門用語・分かりづらい言葉の言い換えをしているか。 ・利用者の表情を確認しているか。 ・言葉遣いは丁寧か。 ・説明は簡潔か。 ・内容の説明を終えたら、本人・家族に内容についての確認もしくは感想を述べてもらったか。
④ 議論の目的	・各サービス事業所の役割分担、本人・家族の役割分担は明確になったか。 ・支援チームの全体像が見えたか。
⑤ 議論のリード	・時間内に結論が出たか。 ・議論がずれたり、横道に逸れた場合はしっかり論点を戻したか。 ・一人が長く発言をしないように、また、誰もが平等に発言できるようにしているか。 ・専門職ばかりが熱心に議論をして、本人・家族が置き去りにしていないか。 ・参加者から、サービス内容が難しい、時間がないなどの否定的な意見が多く出た場合は、会議をいったん中断して、否定的な内容についての意見を確認しているか。後日、再度検討した方がよい場合もある。
⑥ 議論: サービス事業所	・ケアプランの説明・サービスの実行において各自の役割分担が理解できるか。 ・役割を実行するための注意事項はないか、その他サービスを実行するために新たなアイデアや想いはないか、 確認はできているか。 ・専門職ばかりが熱心に議論をして本人・家族が置き去りにされていないか。
⑦ 議論: 本人・家族への配慮	・利用者本人や家族が不安・不快な気持ちになることがないように進行しているか。 ・本人の思い・家族の思い(不安・負担なども含め)を発言してもらっているか。 ・専門職ばかりが熱心に議論をして本人・家族が置き去りにされていないか。
⑧ 議論のまとめ方	・出てきた意見について、まとめを行っているか。 ・この支援で問題が発生した場合に、誰に連絡をするかが明確になったか。 ・残された課題や解決に至らなかった課題などを参加者に説明し、了解を得ているか。
⑨ 閉会時の連絡事項	・終了時に次回の担当者会議の開催時期などを伝えたか。 ・閉会の前に参加者にお礼を述べたか。
⑩ 守秘義務の確認	・開催時・閉会時のいずれかにおいて参加者に対し、「会議等で知れた情報については、個人情報保護する観点から、会議後に他言することのないように」と告げているか。
<b>03 議事録</b>	
① 議事録	・参加者・欠席者を明示しているか。サービス事業所の参加者からは名刺をもらっておくとよい。 ・議題・検討した内容を簡潔に書いているか。 ・結論はわかりやすいか。(検討内容について、どのように支援をしていくのか、対応方法などの決定事項を具体的に記載する)

[様式 5:振り返り用紙]

日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

○ 研修を通じて成長したことベスト3 (当日記録の「今日の気付き／学び」欄を参考に)

1
2
3

○ この研修で得たことをどう日常の業務に活用しますか？

--

○ 今後の抱負／希望 (目標設定用紙の「あなたの長期目標」欄も参考に)

--

参考資料3. 各種マニュアル  
3)アドバイザーテキスト

参考資料1 Aさん事例に基づいたアセスメント確認用紙記入例

アセスメント確認用紙（記入例）			
受講者氏名：_____		アドバイザー氏名：_____	
<b>【利用者情報】</b> 性別：男性・女性 年齢：75才 障害高齢者の日常生活自立度：自立・J1・J2・A1・A2・B2・C1・C2 認知症高齢者の日常生活自立度：I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M 介護度：要支援1・要支援2・要介護1・ <b>要介護2</b> ・要介護3・要介護4・要介護5			
	① 利用者の状況把握	② 課題の抽出	③ メモ
<b>01 生活状況</b>			
① 家族構成・介護者の状況	✓	✓	夫の言葉通りにとられているようなので、ケアマネとして夫の言葉をどの読み取ったのか、面接方法や面接時の様子も含めて確認する。
② 生活歴	✓		生活歴がイメージしやすい記載になっている。生活の経過の捉え方がよい。
③ 経済状況	✓		収入（年金額）の中で介護にかけられる費用はどのくらいなのか？
<b>02 主訴</b>			
① 利用者の主訴	✓	✓	Aさんの認知症状からみて、主訴として記載されていることは本人の言葉？思い？もしくはケアマネがそう感じたことでは？→確認する。
② 家族の主訴	✓	✓	夫は在宅介護の限界をどのくらいと考えているのか？
<b>03 健康状態・受診状況</b>			
① 既往歴・現病歴・症状	✓		
② 主治医の意見書	✓		主治医意見書は入手しているが活用ができていないのでは？
③ 服薬状況	✓		夫が管理していることは確認済み、飲んでいるか、確認しているのか？
④ 口腔・嚥下／褥瘡・皮膚	✓		義歯が合わないことで噛めないこと記載があるが、噛めないことによる栄養不足は検討されていない様子なので確認してみる。
<b>04 認知症</b>			
① 認知症状 徘徊・暴言等の BPSD（行動）	✓		認知症状から日常生活に起きていると思われる課題が確認できない。支援経過からはAさんとの会話が少なくないように思われる。
<b>05 ADL</b>			
① 移動	✓	✓	下肢機能の低下について、主治医意見書からの読み取り方は？
② 入浴	✓	✓	
③ 食事摂取	✓		
④ 排尿・排便	✓	✓	失禁への対応は課題としてとらえてはいない。
<b>06 IADL</b>			
① 家事（調理・掃除・選択）	✓		能力はあるが判断ができない、指示がないとできない状況のため、すべて夫が家事全般を担っている。夫は介護負担なしというのが本音は？
② 買い物・金銭管理	✓		
<b>07 コミュニケーション</b>			
① 意思の疎通	✓		本人の言葉をそのままのみにしていないか？認知症状の特性をどの程度理解できているか？→確認する
② 周囲との関わり・社会参加	✓		娘さんからの情報のみで近隣との関係性が見えない。地域に協力者はいるのか？情報収集はしたようだが、記載漏れか？
<b>08 居住環境</b>			
① 室内環境・立地環境	✓	✓	転倒のリスクを回避しようとするために活動性の低下が起きているように思われるので、下肢筋力の低下などが起きていないか確認が必要
<b>09 特別な状況</b>			
① 虐待			夫の介護疲れにともない、介護放棄などに繋がっていないか確認が必要。
② ターミナルケア			今後どう介護していきたいか、再度確認が必要
<b>【記入要領】</b>			
① 利用者の状況把握：アセスメント用紙や支援経過に利用者の状況に関する記述があれば必ず記入する。			
② 課題の抽出：居宅サービス計画から利用者の課題を抽出しているかを確認し、記述があれば必ず記入する。			
③ メモ：利用者の状況が記載されていない場合や課題が適切に抽出されていないと思われた場合等、面談での確認ポイントや受講生に対する助言等があれば記入する。			
④ 演習では①～③を参考に、アセスメントとケアプラン、担当者会議録、支援経過から、連携状況を確認する。気付いたことを追記する。			
<b>④ アセスメント、ニーズ、目標、サービスのつながりについて</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>アセスメントシートに記載されている内容とケアプランの支援内容にずれがある。アセスメントシートでは計画を立てることとなっているがケアプランに上がってきていない課題がある。</li> <li>課題が見えているのに形にならないのもったいない。夫の気持ちに寄り添いたいと思う気持ちが先の見通しを弱くしている感がある。目先の対応だけでなく今後の暮らし方や先の見通しのもち方をアドバイスする。</li> </ul>			
<b>⑤ サービス内容、地域との連携について</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアプラン作成時、ひとりでは判断せず、他職種を巻き込もうとする良い姿勢が見られる。医療関係者との関わりが若干少ないようなのは記載漏れか、面談時確認する。</li> <li>単なる介護負担の回避だけになっていないか、確認する。</li> </ul>			
<b>⑥ その他</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症状の方との向き合ひのが苦手？家族との関係や娘さんとの連絡はよく取っているのがわかるが、本人との関わり、関わり方が見えない。会話が成立しないと思ひ話していないのか？ケアマネとしての認知症状を持つ方との関わり方を確認する必要あり。</li> </ul>			

参考資料2 Aさん事例に基づいたサービス担当者評価ツール記入例

サービス担当者会議評価ツール（アドバイザー用）（1/2）				
①実施前重点目標：受講者に特に意識してもらいたい項目にチェックします。 ②目標：具体的な達成目標を書きます。 ③実施後評価：演習実施後、特に達成の大きかった項目や課題を感じる項目にチェックをします。 ④評価：評価の内容を具体的に書きます。		受講者氏名 _____ アドバイザー氏名： _____		
		①アドバイザーケース		
①実施前重点目標	②目標	③実施後評価	④評価	/
<b>I 準備</b>				
① 開催のタイミング	<input type="checkbox"/> 新規のケアプラン <input type="checkbox"/> 更新時 <input type="checkbox"/> サービスの追加・変更 <input type="checkbox"/> 課題解決 <input type="checkbox"/> その他( )			
② 開催の周知	<input checked="" type="checkbox"/>	開催目的を事前に共有できるか。	<input checked="" type="checkbox"/>	家族の介護負担について、もしもの場合を考えて検討してもよかったのでは。
③ 参加者の選択	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	サービス事業者には事前の情報収集しておくことよい。
④ 主治医への参加案内	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	事前に家族の体調を主治医に確認しておくことよかった。
④ 資料配布	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑤ 本人・家族への配慮	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	開催15分前に到着し、家族の負担の内容に準備ができていた。
⑥ 欠席者の把握	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑦ 当日準備	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	本人や家族の近くに座り、発言しやすい雰囲気をつくとよい。
<b>II 開催場面</b>				
① 時間の統制	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	時間の統制を始め、運営の手続き面についてはポイントを押さえていた。
② 開会時	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
③ アセスメント・ケアプランの説明	<input checked="" type="checkbox"/>	本人や家族に分かりやすく、順を追って説明できるか。	<input checked="" type="checkbox"/>	ケアプランの原案をしっかりと準備し、アセスメントの説明も明確に行っていた
④ 議論の目的	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑤ 議論のリード	<input checked="" type="checkbox"/>	参加者全員から均等に意見を出してもらうことができるか。	<input checked="" type="checkbox"/>	一人で発言する場面が多かった
⑥ 議論：サービス事業所	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑦ 議論：本人・家族への配慮	<input checked="" type="checkbox"/>	本人の意思確認を忘れないか。	<input checked="" type="checkbox"/>	家族だけでなく、本人の表情確認と、本人の意向確認を忘れないように。
⑧ 議論のまとめ方	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑨ 閉会時の連絡事項	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
⑩ 守秘義務の確認	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>III 議事録</b>				
① 議事録	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
その他メモ 家族が医師に対して質問したいことが多い場合は、途中で改めて別の機会を設定する等の提案をして、議論に戻すことができればよかった。				



参考資料3 Aさん事例に基づいた同行訪問モニタリングツール記入例

同行訪問チェック表 (アドバイザー用) (1/2)						
<p>①実施前重点目標: 受講者に特に意識してもらいたい項目にチェックします。 ②目標: 具体的な達成目標を書きます。 ③実施後評価: 演習実施後、特に達成の大きかった項目や課題を感じる項目にチェックをします。 ④評価: 評価の内容を具体的に書きます。</p>		受講者氏名 _____		アドバイザー氏名: _____		
		①アドバイザーケース				実施日
		実施前重点目標	助言メモ(特に着目したい点)	実施後評価	助言メモ(特に変化のみられた点)	/
<b>I 準備場面</b>						
① 日程の調整	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
② 事前情報の確認	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
③ 目的の明確化	<input checked="" type="checkbox"/>	前回のモニタリング時の状況を踏まえて今回の確認するポイントを整理できているか	<input checked="" type="checkbox"/>			
<b>II 現場</b>						
<b>01 利用者からの聞き取り</b>						
① 生活状況の変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
② 体調の変化	<input checked="" type="checkbox"/>	体重の変化などを具体的に確認しているか	<input checked="" type="checkbox"/>	尿臭がしたことについて、本人、介護者、デイサービスに確認すると、体調の変化の把握に繋がる		
③ 介護力の変化	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	夫の風邪について深く聞きこめば、介護負担に対する理解や今後のアクシデント対応へとつなげることができたはず。		
④ 権利擁護の確認	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
<b>02 ケアプランの実行状況</b>						
① 実行状況の把握	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
② 利用状況の把握	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
③ 利用状況の変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
<b>03 サービスの提供</b>						
① 実施状況	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
② 満足度の把握	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
③ 苦情(不満)有無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
<b>04 課題解決の可能性</b>						
① 短期目標の到達度	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
② 長期目標の到達度	<input checked="" type="checkbox"/>	利用者自身の意志も確認しているか	<input checked="" type="checkbox"/>	今回介護者が風邪をひいたことをきっかけに、今後のアクシデント対応を考える機会になったのでは。		
③ ニーズの変化	<input checked="" type="checkbox"/>	利用者や家族の要望だけで判断していないか	<input type="checkbox"/>			
<b>05 ケアプラン変更の必要性</b>						
① 再アセスメントの必要性	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
② 生活環境	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
③ 介護力の変化	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
④ サービス内容	<input checked="" type="checkbox"/>	サービス事業者と利用者、家族との認識に乖離はないか	<input type="checkbox"/>			
<b>III 実施後</b>						
<b>01 モニタリング結果の連携</b>						
① サービス事業者	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	デイサービス再開時の利用者の様子をきくこと		
② 主治医	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
③ サービス担当者会議開催の必要性	<input checked="" type="checkbox"/>	定期的に開催すればよいと捉えていないか、必要に応じて開催する視点をもっているか	<input checked="" type="checkbox"/>	早急に医療・福祉と調整すべき課題が判明したので、次回開催予定日を早める等の調整を考えては。		
④ 他機関との協働	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
⑤ その他	<input checked="" type="checkbox"/>	聞き取りの傾向として利用者本人の言葉だけに頼っていないか	<input checked="" type="checkbox"/>	今後の緊急時の連絡体制、利用者のケア体制、介護者の受診について考えては		
<b>02 記録</b>						
① 記載内容	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
<b>IV 振り返り</b>						
① 目的通りにできたか	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
② 自らの課題は何か	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
③ 今後のあり方	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	モニタリングは再アセスメントであるという意識を持ち、今後を予測する力を伸ばしてほしい		
その他メモ						

参考資料4 Aさん事例 アセスメントシート (1/11)

1 フェースシート

年 月 日受付 | 訪問・電話・来所・その他( ) 相談受付者

本人氏名	Aさん	男(女)	年齢	M T S	年 月 日生れ(75歳)
住所	〒 携帯				
緊急連絡先	氏名	男 女	年齢( 歳)	本人との続柄( )	
	住所	携帯			
相談者	氏名	男 女	年齢( 歳)	本人との続柄( )	
	住所	携帯			
相談経路(紹介者)	認知症疾患医療センターのPSWから依頼				
居宅サービス計画作成依頼の届出	届出年月日	年 月 日			

■相談内容(主訴/本人・家族の希望・困っていることや不安、思い)

(本人)  
自分でできることはあっても夫に迷惑をかけることに暮らしていきたくないと思います。今もこの困っていることはあります。

(女性)  
父は介護を自分でできなくて他人の助けを借りたくないから、股関節再脱臼で歩けなくなるとしてはじめて介護施設に入居した。(夫)  
(家族および介護者) 夫婦二人で安全に健康にこの先を暮らしていきたくて思っています。今もこのように自分で介護できているので、今後のことについてです。

■これまでの生活の経過

○町の生まれ。小学校の教員として定年まで勤務可也。同僚にいた夫と結婚、夫は勤め先を移してからは専業主婦として暮らした。夫の病気で手先が器用で手芸が得意な教員として、時々家庭科も教えていたことがある。

夫は、認知症を患い、介護が必要になるまで、数年前から介護施設に入居するまで、身支度も常に「おとなしく」に、娘さんが気がまぎらぬまで相談して来た。

高額介護サービス費該当	利用者負担 ( <input type="checkbox"/> 第4段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第1段階 )							
要介護認定	済	→ 非該当	要支援	1 2	要介護	1 (2) 3 4 5	認定日	年 月 日
	未(見込み)	→ 非該当	要支援	1・2	要介護	1・2・3・4・5		
身障手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	等級	種	級		交付日	年 月	
療育手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	程度				交付日	年 月	
精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	等級	級			交付日	年 月	
障害福祉サービス受給者証の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	自立支援医療受給者証の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害程度区分→( )				
日常生活自立度	寝たきり	自立・J1・J2・(A1)	A2・B1・B2・C1・C2		判定者	日病院主治医(機関名)	判定日	年 月 日
	認知症	自立	I IIa IIb (IIa)	IIIb IV M		(機関名)		年 月 日

アセスメント実施日 年 月 日

参考資料4 Aさん事例 アセスメントシート (2/11)

**2 家族状況とインフォーマルな支援の状況**

■家族構成と介護状況

家族構成図		家族の介護の状況・問題点				
<p>女性=○,男性=□ 分かれれば横に年齢を記載 本人=○,回 死亡=●,■ 同居=○:で囲む</p>		<p>・天と二人暮らし</p> <p>・主介護者は天: 家事全般をこなし、料理、洗濯、掃除、買い物、送迎など行っています。</p> <p>・キーンソンの母: 大卒で専業主婦として働いていました。</p>				
氏名(主たる介護者には※)	続柄	同別居	職の有無	健康状態等	特記事項	
B	男 女 天	同 別	無	良好		
C	女 長女	別	有	良好	市外 不在 平日2時間以上	

■インフォーマルな支援活用状況(親戚・近隣・友人・同僚・ボランティア・地域の団体等)

支援提供者	活用している支援内容	受けたい支援/必要と思われる支援	特記事項
民生委員		④ → 定期訪問	→ (民生) 民生委員として定期訪問 声かけ 行って “困ったときは” と 天の拒否が及ぶほどの情報から 娘と入らさず

**3 サービス利用状況**

(○年○月○日時点)

在宅利用 (認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。【介護予防】福祉用具貸与は調査日時点の、特定【介護予防】福祉用具販売は過去6カ月の品目数を記載)			
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護(ホームヘルプサービス)	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴介護	月	回	<input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具販売
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護	月	回	<input type="checkbox"/> 住宅改修
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション	月	回	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護
<input type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所介護(デイサービス)	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型共同生活介護
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護(特養等)	月	日	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)	月	日	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
<input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護	月	日	<input type="checkbox"/> 生活支援員の訪問(日常生活自立支援事業)
<input type="checkbox"/> 市町村特別給付 [			<input type="checkbox"/> ふれあいいきいきサロン

参考資料4 Aさん事例 アセスメントシート (3/11)

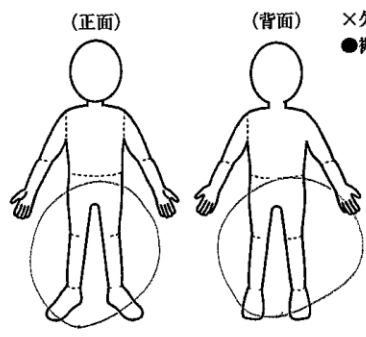
<input type="checkbox"/> 訪問食事サービス <input type="checkbox"/> 洗濯サービス <input type="checkbox"/> 移送サービス <input type="checkbox"/> 友愛訪問 <input type="checkbox"/> 老人福祉センター <input type="checkbox"/> 老人憩いの家 <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー <input type="checkbox"/> 身障/補装具・日常生活用具( )	月 回 月 回 月 回 月 回 月 回 月 回	<input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> ( )	月 回 月 回 月 回 月 回
最近の入所入院 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等)	<input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床) <input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外) <input type="checkbox"/> その他の施設	施設・機関名 所在地 〒 ☎	
年金 <input checked="" type="checkbox"/> 老齢関係→(2+3で25576) <input type="checkbox"/> 障害関係→( ) <input type="checkbox"/> 遺族・寡婦→( ) <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 生活福祉資金貸付 <input type="checkbox"/> 高齢者住宅整備資金貸付 <input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業(地域福祉権利擁護事業) <input type="checkbox"/> 成年後見制度→ <input type="checkbox"/> 成年後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助 成年後見人等( )	健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 組合健保 <input type="checkbox"/> 国公共済 <input type="checkbox"/> 私立学校共済 <input type="checkbox"/> 労災保険→( )	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ(旧・政管健保) <input type="checkbox"/> 日雇い <input type="checkbox"/> 地方共済 <input type="checkbox"/> 船員	老人保健事業 <input type="checkbox"/> 健康手帳の交付 <input type="checkbox"/> 健康診査

4 住居等の状況

<input checked="" type="checkbox"/> 1戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 賃貸・所有・給与住宅・公営住宅・その他( )	家屋(居室を含む)見取図 ※段差には▲を記入 	
<b>居室等の状況</b> ア. <input checked="" type="checkbox"/> 専用居室あり <input type="checkbox"/> 専用居室なし イ. <input checked="" type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> その他( )階→エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ウ. <input checked="" type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド→ <input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> キャッチ <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> その他( ) エ. 陽あたり <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪 オ. 暖房 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし カ. 冷房 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<b>トイレ</b> ア. <input type="checkbox"/> 和式 <input checked="" type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> その他( ) イ. 手すり <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ウ. トイレまでの段差 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<b>移動手段</b> 室内 福祉機器 <input type="checkbox"/> 使用している <input checked="" type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 使用している場合 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 電動車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他( )
<b>浴室</b> ア. <input checked="" type="checkbox"/> 自宅にあり <input type="checkbox"/> 自宅になし イ. 手すり <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ウ. 浴室までの段差 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<b>移動手段</b> 室内 福祉機器 <input type="checkbox"/> 使用している <input checked="" type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 使用している場合 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 電動車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他( )	設備 洗濯機 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 湯沸器 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 冷蔵庫 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<b>【周辺環境・立地環境・その他住居に関する特記事項】</b> ① 隣家の1階が狭く、外を歩くと車と押し合ってしまうから道路沿いにこの1階は倒壊の危険あり。 玄関の道路は、ここには段差が降り降りしている。以前夫が介助して1階に夫が倒れたことがある。 2階は居室が2つあるが階段が急降下で2人で上ることができず5分程度2階に上ることがある。		

参考資料4 Aさん事例 アセスメントシート (4/11)

**5** 本人の健康状態 受診等の状況

既往歴・現症 (必要に応じ「主治医意見書」を転記) ※要介護状態に関係がある既往歴および現症		障害等の部位	
H20年 認知症の診断あり。 22年 認知症患者医療センターにて相談。 併設病院にて鑑別診断。 前頭側頭葉変性症の意味は認知症と診断。 21年 単独、腰部圧迫骨折 (診断あり)		(正面) (背面)  △障害部位 ×欠損部位 ●疼痛部位 下肢 筋力低下	
身長	149.0 cm	体重	45.0 kg
歯の状況	<input type="checkbox"/> 歯あり <input type="checkbox"/> 歯なし <input checked="" type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 局部義歯 ⇒6-②生活機能(食事・排泄等)		
<b>【特記事項】</b> ・今迄 認知症が進行する。 ・現在 長谷川氏 15点 (主治医意見書の転記) ・食事を低下も及ぶことから 栄養管理 を 週単位で行っており 下肢筋力低下も著しい。 主治医からの指導・助言事項。視力障害、聴力障害、麻痺、関節の動き、褥瘡、その他皮膚疾患(以上要介護認定項目)、外傷、内部障害、言語障害、動悸・息切れ、便秘、尿失禁、便失禁、摂食嚥下障害、口腔(炎症・痛み・出血・口臭・虫歯・不良義歯等)に留意のこと。			
現在の受診状況			
病名	認知症	腰痛	
薬の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
発症時期 <small>※主治医意見書 を参考に記入</small>	H20年	H21年	
受診頻度	<input checked="" type="checkbox"/> 定期(週・月   回) <input type="checkbox"/> 不定期	<input type="checkbox"/> 定期(週・月   回) <input checked="" type="checkbox"/> 不定期	<input type="checkbox"/> 定期(週・月   回) <input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> 定期(週・月   回) <input type="checkbox"/> 不定期
受診状況	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診
医療機関	H 病院	〃	
診療科	内科	〃	
主治医	M 先生		
連絡先	〃	〃	〃
受診方法 留意点等	天か通院して。11月	〃	
往診可能な医療機関	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有( ) 〃		
緊急入院できる医療機関	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(認知症患者医療センター併設 K 病院) 〃		
相談、処方を受けている薬局	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( H 病院併設の薬局 ) 〃		
<b>【特記、生活上配慮すべき課題など】</b> ・センター併設医科 M 先生に 内服薬指示あり Pレボドパミン 5mg (朝1回) M 先生に : ドパミン 200mg (朝・夕1回) セレギリン 100mg (朝・夕1回) 天か通院のため 定期受診が 7月20日の 夫の忘れた時に 忘れずに 忘れずに 忘れずに			

参考資料4 Aさん事例 アセスメントシート (5/11)

**6** 本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細

現在、在宅サービス等で実施している場合○  
現在、家族が実施している場合は○  
時々実施の場合は△  
本人・家族がサービス実施を希望する場合○  
要援助と判断される場合に✓  
計画した場合に○(確認)

**●6-①基本(身体機能・起居)動作**

要介護認定項目	1-1 麻痺等(複数可)	① 2 3 4 5 6	体位変換・起居			
			6-①-1, 1-2関係	援助の現状 家族実施 サービス実施	希望	要援助 →計画
1-2 拘縮(複数可)	①	2 3 4 5				
1-3 寝返り	1	② 3				
1-4 起き上がり	1	② 3				
1-5 座位保持	①	2 3 4				
1-6 両足での立位保持	①	2 3				
1-7 歩行	①	2 3				
1-8 立ち上がり	1	② 3				
1-9 片足での立位保持	1	② 3				
1-10 洗身	①	2 3 4				
1-11 つめ切り	①	2 3				
1-12 視力	①	2 3 4 5				
1-13 聴力	①	2 3 4 5				
1-14 関節の動き(複数可)	①	2 3 4 5 6 7				

【特記、解決すべき課題など】  
1-1 椅子にふし、腰痛あり  
1-4 片足の指が曲がり、歩行時に  
1-5 正座はできず、椅子使用時不安定なため歩行可能  
歩行不安定なため杖を使用せず歩いている  
1-7 歩行不安定なため杖の使用せず歩いている  
歩行不安定なため杖の使用せず歩いている

**入浴**

6-①-10関係	援助の現状 家族実施 サービス実施	希望	要援助 →計画
1) 準備・後始末			○
2) 移乗移動介助		○	○
3) 洗身介助		○	○
4) 洗髪介助		○	○
5) 清拭・部分浴			
6) 褥瘡・皮膚疾患の対応			

【特記、解決すべき課題など】  
1-10 自分で浴槽で一人で洗っている  
入浴準備は家族がやっている  
浴槽の出入り用足のおしり下ろしを介助している  
1-11 自分で洗っている、お風呂をふいている  
お風呂の掃除は自分でしている

【特記、解決すべき課題など】  
視力 眼鏡の度数を見直し、メガネをかける。  
聴力 聴力の低下を聞き取り、補聴器をかける。  
意思疎通 伝えたいことを返答することによって、  
連絡は早い。同じ回答はいい。

＜コミュニケーションの状況・方法(6-①-1-12, 1-13関係)＞  
ア. 視聴覚  
眼鏡使用 コンタクト使用 補聴器使用  
イ. 電話  
あり なし  
ウ. 言語障害  
あり ( ) なし  
エ. コミュニケーション支援機器の使用  
あり ( ) なし

【特記、解決すべき課題など】  
視力 眼鏡の度数を見直し、メガネをかける。  
聴力 聴力の低下を聞き取り、補聴器をかける。  
意思疎通 伝えたいことを返答することによって、  
連絡は早い。同じ回答はいい。

リハビリの必要性  
あり→P9  
なし

【2) 移乗移動介助】  
現状 計画  
見守りのみ 見守り必要  
介助あり 介助必要

【3) 洗身介助】  
現状 計画  
見守りのみ 見守り必要  
介助あり 介助必要

参考資料4 Aさん事例 アセスメントシート (6/11)

6-②生活機能(食事・排泄等)				食事			
要介護認定項目	2-1 移乗	1	② 3 4	6-②2-1~ 2-4関係	援助の現状 家族実施 サービス実施	希望	要援助 →計画
	2-2 移動	1	② 3 4	1) 移乗介助		○	○
	2-3 えん下	①	2 3	2) 移動介助		○	○
	2-4 食事摂取	①	2 3 4	3) 摂取介助			
	2-5 排尿	1	2 ③ 4	<b>【特記、解決すべき課題など】</b> 2-3 付に問題はない 2-4 歯があまり噛み砕かれない は 大丈夫と話す。  2-13 可食の量と食料のため 不食の時間を1日3回設定して 1日あたり1000cc程度 (湯のみ 4杯程度)			
	2-6 排便	1	2 ③ 4				
	2-7 口腔清潔	1	② 3				
	2-8 洗顔	1	② 3				
	2-9 整髪	1	② 3				
	2-10 上衣の着脱	1	② 3 4				
	2-11 スポン等の着脱	1	② 3 4				
	2-12 外出頻度	1	② 3				
	2-13 飲水摂取	1	② 3 4				
<b>主食</b> 現状 計画 <input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> 経口栄養 <input type="checkbox"/> 経口栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )							
<b>副食</b> 現状 計画 <input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )							
<b>摂取介助</b> <input checked="" type="checkbox"/> 見守りのみ <input checked="" type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 介助あり <input type="checkbox"/> 介助必要							
<b>排泄等</b> 6-②2-5~ 2-11関係							
<b>排尿介助 (2-5)</b> 現状 計画 <input type="checkbox"/> 見守りのみ <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 介助あり <input checked="" type="checkbox"/> 介助必要 <input type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿取器 <input type="checkbox"/> 尿取器 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> おむつ							
<b>排便介助 (2-6)</b> <input type="checkbox"/> 見守りのみ <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 介助あり <input checked="" type="checkbox"/> 介助必要 <input type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 差し込み便器 <input type="checkbox"/> 差し込み便器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> 洗腸 <input type="checkbox"/> 洗腸 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工肛門							
<b>外出</b> 6-②2-12 関係							
1) 移送・外出介助 ○ ○ ○ ○							
<b>【特記、解決すべき課題など】</b> 2-12 受診以外外出は外に連れて行く。 夫も外出から帰ると妻と話しに必要。 意識して話しを促す必要と見出し。 受診時タクシーを使用。乗り降りは大介助して り。							
<b>その他食事の現状 (6-②2-4関係)</b> ア. 食事場所 <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 居室ベッド上 <input type="checkbox"/> 布団上 <input checked="" type="checkbox"/> その他居室内 <input type="checkbox"/> その他 ( ) イ. 食堂までの段差 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ウ. 咀嚼の状況 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 問題あり → <input checked="" type="checkbox"/> 噛みにくい <input type="checkbox"/> 時々噛みにくい <input type="checkbox"/> とても噛みにくい (認知症) エ. 食事の内容 <input checked="" type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 糖尿食 <input type="checkbox"/> K <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 抗潰瘍食 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
<b>その他排泄の状況 (6-②2-5、2-6関係)</b> ア. 尿意 <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ない イ. 便意 <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ない							

参考資料4 Aさん事例 アセスメントシート (7/11)

6-③認知機能

要 介 護 認 定 項 目	3-1 意思の伝達	1	2	3	4
	3-2 毎日の日課を理解する	1	2		
	3-3 生年月日や年齢を答える	1	2		
	3-4 面接調査の直前記憶	1	2		
	3-5 自分の名前を答える	1	2		
	3-6 今の季節を理解する	1	2		
	3-7 自分のいる場所を答える	1	2		
	3-8 徘徊	1	2	3	
	3-9 外出すると戻れない(迷子)	1	2	3	
	3-10 介護者の発言への反応	1	2	3	

家族等からの情報と観察

自分の決めたスケジュールがあまり守られていない様子と  
大騒ぎに多い。

1000円札をとり戻りけりた。

自分で決めた(食べ残し)も過剰な店、トイレ  
大騒ぎに多い。

人の話を聞き入らず、2~3の話題をくり返して  
話をする。

●6-④精神・行動障害

要 介 護 認 定 項 目	4-1 被害妄想(物を盗られたなど)	1	2	3
	4-2 作話をする	1	2	3
	4-3 感情が不安定になる	1	2	3
	4-4 昼夜の逆転	1	2	3
	4-5 しつこく同じ話をする	1	2	3
	4-6 大声を出す	1	2	3
	4-7 介護に抵抗する	1	2	3
	4-8 落ち着きがない(「家に帰る」等)	1	2	3
	4-9 外に出たがり目が離せない	1	2	3
	4-10 ものを集める、無断でもってくる	1	2	3
	4-11 物を壊す、衣類を破く	1	2	3
	4-12 ひどい物忘れ	1	2	3
	4-13 独り言や独り笑い	1	2	3
	4-14 自分勝手な行動	1	2	3
	4-15 話がまとまらない、会話にならない	1	2	3
	4-16 幻視・幻聴	1	2	3
	4-17 暴言・暴力	1	2	3
	4-18 目的なく動き回る	1	2	3
	4-19 火の始末・管理	1	2	3
	4-20 不潔行為	1	2	3
	4-21 異食行動	1	2	3

援助の現状

(家族)	(サービス)
夫がその対応を対応して いる。	

援助の希望(本人)

私は自分でできるから大丈夫です

援助の希望(家族)

夫 自分からいから何かあるから大丈夫。  
時々イライラすることもありますが大丈夫です。  
娘 父親は人の話を聞かないでばかり。夏は暑いとい  
う。

援助の計画

○病気の特性からも週内の流れが必要。  
○現在の生活の流れや本人の嗜好に合わせた  
生活法の検討が必要

【特記、解決すべき課題など】



参考資料4 Aさん事例 アセスメントシート (8/11)

●6- ⑤社会生活 (への適応) 力

要 介 護 認 定 項 目	5-1 薬の内服	1 ② 3	→6- ⑥医療・健康関係へ
	5-2 金銭の管理	1 ② 3	
	5-3 日常の意思決定	1 ② 3 4	
	5-4 集団への不適応	① 2 3	
	5-5 買い物	1 2 3 ④	
	5-6 簡単な調理	1 2 ③ 4	
	5-7 電話の利用	1 ② 3	
	5-8 日中の活動(生活)状況等	① ② 3	
	5-9 家族・居住環境、社会参加の状況などの変化	① 2	

6- ⑤5-2 5-5~5-6関係	援助の現状	希望	要援助 →計画
家族実施	サービス実施		
1) 金銭管理	○		
2) 買い物	○		
3) 調理	○		
4) 準備・後始末	○		

6- ⑤5-7 5-8関係	援助の現状	希望	要援助 →計画
家族実施	サービス実施		
1) 定期的な相談・助言	○	○	○
2) 各種書類作成代行	○		
3) 余暇活動支援			
4) 移送・外出介助	○		○
5) 代読・代筆	○		
6) 話し相手	○		○
7) 安否確認	○		○
8) 緊急連絡手段の確保	○		
9) 家族連絡の確保	○		
10) 社会活動への支援			

<社会活動の状況 (6- ⑤5-8、5-9関係) >

ア. 家族等近親者との交流  
あり ( ) なし

イ. 地域近隣との交流  
あり ( ) なし

ウ. 友人知人との交流  
あり ( ) なし

緊急連絡・見守りの方法

【特記、解決すべき課題など】

5-1 夫が管理している。

5-2 夫が管理、財布は持っていないと落さず、常に11番は持たせている。

5-3 出歩きの一部ある。

5-4 夫が外へ出るため不明だが生活から判断した。

5-5 一人で買い物に行き、夫が買い物に行く時、連れ出して買い物をするのはある。

5-6 決まるところで外出は、出歩きの一部ある。必ず夫と行く。

5-7 自分へはかたから。ヘルプの電話を登録して何か回答を伝えることはできない。

5-8 何となくわかるが、椅子、座、このことなど。

5-9 この年齢では洗う必要はない。

参考資料4 Aさん事例 アセスメントシート (9/11)

※計画をする際には主治医の意見を求める必要あり

処置内容	要介護認定項目	特別な対応	援助の現状			希望	要援助 →計画	現 計 画 ↓ ↑ 現 状	具体的内容
			家族実施	サービス実施					
1. 点滴の管理							<input type="checkbox"/>	バイタルサインのチェック	
2. 中心静脈栄養							<input type="checkbox"/>	定期的な病状観察	
3. 透析			○			✓	<input checked="" type="checkbox"/>	内服薬	
4. ストーマ(人工肛門)の処置			○				<input type="checkbox"/>	坐薬(緩下剤、解熱剤等)	
5. 酸素療法			○				<input type="checkbox"/>	眼・耳・鼻等の外用薬の使用等	
6. レスビレーター(人工呼吸器)						✓	<input type="checkbox"/>	温・冷あん法、湿布貼付等	
7. 気管切開の処置							<input type="checkbox"/>	注射	
8. 疼痛の看護							<input type="checkbox"/>	吸引	
9. 経管栄養							<input type="checkbox"/>	吸入	
10. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)							<input type="checkbox"/>	自己注射(インスリン療法)	
11. じょくそうの処置							<input type="checkbox"/>	経管栄養法	
12. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)							<input type="checkbox"/>	中心静脈栄養法	
							<input type="checkbox"/>	酸素療法	
							<input type="checkbox"/>	人工呼吸療法	
							<input type="checkbox"/>	気管カニューレ管理	
							<input type="checkbox"/>	自己導尿	
							<input type="checkbox"/>	自己腹膜灌流	
							<input type="checkbox"/>	膀胱留置カテーテル管理	
							<input type="checkbox"/>	人工肛門・人工膀胱管理	
							<input type="checkbox"/>	疼痛管理	
							<input type="checkbox"/>	褥瘡管理	

【特記、生活上配慮すべき課題など】

介護に関する医師の意見(「主治医意見書」を転記)

(1)移動			
屋外歩行	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助があればしている	<input type="checkbox"/> していない
車いすの使用	<input checked="" type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 主に自分で操作している	<input type="checkbox"/> 主に他人が操作している
歩行補助具・装具の使用(複数選択可)	<input checked="" type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 屋外で使用	<input type="checkbox"/> 室内で使用
(2)栄養・食生活			
食事行為	<input checked="" type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる	<input type="checkbox"/> 全面介助	
現在の栄養状態	<input type="checkbox"/> 良好	<input checked="" type="checkbox"/> 不良	
→ 栄養・食生活上の留意点(食事量が低下している。訪問栄養指導が必要)			
(3)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針			
<input type="checkbox"/> 尿失禁	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒・骨折	<input checked="" type="checkbox"/> 移動能力の低下	<input type="checkbox"/> 褥瘡
<input checked="" type="checkbox"/> 低栄養	<input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能低下	<input checked="" type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> 易感染性
		<input type="checkbox"/> がん等による疼痛	<input type="checkbox"/> その他( )
→ 対処方針(定期的な経過観察が必要)			
(4)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し			
<input checked="" type="checkbox"/> 期待できる	<input type="checkbox"/> 期待できない	<input type="checkbox"/> 不明	
(5)医学的管理の必要性(特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)			
<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 看護職員による相談・支援	<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療
<input checked="" type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導
<input checked="" type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導	<input checked="" type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> その他の医療系サービス( )	
(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項			
・血圧	<input checked="" type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> あり( )	移動
・摂食	<input checked="" type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> あり( )	運動
・嚥下	<input checked="" type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> あり( )	その他( )
			<input checked="" type="checkbox"/> あり(転倒に注意)
			<input checked="" type="checkbox"/> あり(嚥下能力低下)
(7)感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい)			
<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 不明	

参考資料4 Aさん事例 アセスメントシート (10/11)

7 全体のまとめ

< ケービスの方向性 >

- ① 夫が生活全般を担っていることから、夫がいても本人は生活が  
できない状況に陥っている。  
負担が大きいことを夫自身認識できていない、様子から山登り、階段昇降を  
悪いこととなり、再発のリスクも大きいことから、夫へ理解と必要後援の  
ありさまを検討が必要
- ② 水分量の摂取量の低下から認知症状が変化することがあり  
予てケービスを利用し、経過をみながら方法を検討している。

< ストレス >

< 身体機能面 >

- 1-1 椅子に座し腰痛あり 1-4 腰の痛みが強い時呼吸器
- 1-5 正座はできないが椅子使用時背にゆがみは保てる
- 1-7 歩行不安定に杖の使用が少なくない。杖は安全な杖(棒)を使っている(夫が話している)。
- 1-10 腕の浴槽で入浴している。入浴準備は夫がやっている。浴槽の出入りには足踏み・踏み台
- 1-11 自分でしている。サポートはしていない、現時点ではいい感じ。

- 1. 安全確保への対応の必要性 なし あり
- 2. 権利擁護に関する対応の必要性 なし あり

参考資料4 Aさん事例 アセスメントシート (11/11)

■1日のスケジュール

	本人の生活リズム	本人が自分で していること	援助の現状		要援助と判断される場合に ✓ / 計画した場合に ○(確認)
			家族実施	サービス実施	
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
1					
2					
3					
4					

◎:排便    △:食事    □:起床  
○:排尿    ☆:入浴    ■:就寝

参考資料4 Aさん事例 ケアプラン (第1表)

第1表	作成年月日 平成23年10月23日
<b>居宅サービス計画書(1)</b>	
利用者名 A 殿	生年月日 年 月 日 住所
居宅サービス計画作成者氏名	
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地	
居宅サービス計画作成(変更)日 平成23年10月20日	初回居宅サービス計画作成日 平成23年10月20日
認定日 平成23年10月1日	認定の有効期間 平成23年11月1日 ~ 24年10月31日
要介護状態区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	本人) できることは自分でしていきたい。楽しんで暮らしたい。夫の負担をかけたくない。 夫) 夫婦ふたりで安全に健康にこれからも暮らしていきたいです。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	①在宅での暮らしが安全に快適に続けられるよう、今後ご本人・ご家族と相談し必要なサービスを検討し提供させていただきます。 ②ご主人さまも健康を害せず、生活できるような支援させていただきます。 ③転倒をせず安全に暮らすことができるよう環境整備もお手伝いさせていただきます。 緊急連絡先: 娘さん 主治医: M先生
生活援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他( )

参考資料4 Aさん事例 ケアプラン第2表

作成年月日 平成23年10月23日

居宅サービス計画書(2)

第2表

利用者名 A 監

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標		サービス内容	援助内容			
	長期目標 (期間)	短期目標 (期間)		※1	※2	頻度	期間
夫と一緒に在宅生活を続けていきたい。	長期目標 6ヶ月 夫と一緒に健康で今の生活を続けることができる。	短期目標 3ヶ月 夫の介護負担が増えずに介護することができ。	サービス内容 日常生活全般の見守り 生活全般に必要な介助 夫の休息時間の提供	※1 ○	※2 ○特養 △デイ	不定期 2/週	3ヶ月
体ぎれいにしたい	6ヶ月 安全に入浴し身体が清潔に保てる。	3ヶ月 シャワーや入浴介助 入浴の促し・入浴介助 全身状態の観察 健康チェック	○	○特養 △デイ	不定期 2/週	3ヶ月	
転倒しないで生活したい	6ヶ月 転倒せずに安全に暮らすことができる。	3ヶ月 安全に移動が出来る	○	○特養 △デイ	随時	3ヶ月	

※1「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

参考資料4 Aさん事例 ケアプラン第3表

第3表		週間サービス計画表							作成年月日 平成23年10月23日 平成23年11月分より
利用者名		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
早朝	6:00								
午前	8:00	通所介護 9:30~16:30							
午前	10:00				通所介護 9:30~16:30				
午後	12:00								
午後	14:00								
後	16:00								
夜	18:00								
夜	20:00								
間	22:00								
深	24:00								
夜	2:00								
	4:00								
週単位以外のサービス		<ul style="list-style-type: none"> <li>短期入所生活介護 (不定期: 夫の体調に合わせて)</li> <li>住宅改修 (相談後検討)</li> </ul>							